

**UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POCITY PACIENTŮ ZAŘAZENÝCH DO  
DIALYZAČNÍHO LÉČENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Monika Kubíčková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Bažantová**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**FEELINGS OF PATIENTS WHO ARE PART**  
**OF DIALYSIS TREATMENT PROCEDURE**

Bachelor's thesis

Autor: **Monika Kubíčková**

Supervisor: **PhDr. Mariana Bažantová**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Kolíně .....  
(podpis)

## **„Naslouchání“**

**Když tě požádám, abys mi naslouchal,  
a ty mi začneš dávat rady,  
není to, oč jsem tě žádal.**

**Když tě požádám, abys mi naslouchal,  
a ty mi začneš říkat,  
proč bych se neměl cítit, jak se cítím,  
pošlapáváš moje city.**

**Když tě požádám, abys mi naslouchal,  
a ty nabudeš dojmu, že musíš něco udělat,  
abys mé problémy řešil, nepochopil´s mne,  
i když to vypadá divně.**

**Když za mne uděláš něco,  
co mohu a mám udělat já sám,  
prohloubíš jen mé obavy a pocity slabosti.**

**Jen mne, prosím tě, vyslechni,  
A když mi budeš chtít něco říct, počkej okamžik.  
Pustím tě ke slovu a budu zase naslouchat já.**

**neznámý autor**

# OBSAH

<b>Úvod.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Cíle práce.....</b>	<b>8</b>
<b>I. Teoretická část.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Základní poznatky o ledvinách a dialyzační léčbě.....</b>	<b>9</b>
2.1 Anatomie a fyziologie ledvin.....	9
2.2 Funkce ledvin.....	11
2.3 Onemocnění ledvin.....	12
2.3.1 Akutní selhání ledvin.....	12
2.3.2 Chronické selhání ledvin.....	13
2.4 Očist'ovací metody krve.....	13
<b>3. Hemodialýza.....</b>	<b>14</b>
3.1 Historie.....	14
3.2 Technické předpoklady.....	14
3.2.1 Dialyzátor.....	14
3.2.2 Dialyzační monitor.....	15
3.2.3 Dialyzační roztok.....	15
3.3 Cévní přístup.....	15
3.3.1 Komplikace trvalého cévního přístupu.....	16
3.4 Antikoagulační léčba.....	17
3.5 Komplikace při hemodialýze.....	17
<b>4. Chronická a nevléčitelná onemocnění.....</b>	<b>18</b>
4.1 Vliv chronického onemocnění na pacienta.....	18
<b>5. Psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení.....</b>	<b>20</b>
5.1 Úvod.....	20
5.2 Stres na dialýze a způsoby jeho zvládání.....	21
5.3 Úzkost, deprese a agresivita.....	23
5.4 Vliv dialyzačního léčení na spolupráci pacienta.....	24

<b>II. Empirická část.....</b>	<b>26</b>
<b>6. Cíl výzkumu.....</b>	<b>26</b>
<b>7. Metodika.....</b>	<b>27</b>
<b>8. Charakteristika vzorku respondentů.....</b>	<b>28</b>
<b>9. Výsledky výzkumu.....</b>	<b>29</b>
<b>10. Diskuze.....</b>	<b>65</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>67</b>
<b>Anotace</b>	
<b>Seznam použité literatury</b>	
<b>Seznam grafů</b>	
<b>Seznam příloh</b>	

## Úvod

Žijí mezi námi. Pracují s námi. Nic nápadného na nich není vidět. Jenom pravidelně dvakrát až třikrát týdně odcházejí ze světa zdravých, aby se po několika hodinách strávených s přístrojem do něho zase vrátili. Zdá se to být snadné.

Záviset svým životem na nějakém přístroji, to je pocit, který se dá těžko popsat.

Psychologické a sociální vědy mají jiný pohled na dialyzované nemocné než lékařská věda. Rozvíjí se řada přístupů k psychologickým a sociálním souvislostem chronického renálního selhání a dialyzačního léčení. Všichni docházejí ke shodnému závěru, že život dialyzovaných pacientů je obrovským břemenem a důležitým úkolem medicínské, ošetrovatelské i psychologické péče je pomoci nemocnému toto břemeno nést. (Sulková, J., 2000, s.504)

Ne každý pacient je duševně silný a dokáže se s nemocí a léčbou vyrovnat. Proto ho musíme hodnotit a brát jako individuální a originální bytost. Jsou to normální lidé žijící v abnormální situaci. Léčba by proto měla být koncipována individuálně s ohledem na každého pacienta, aby její výsledky byly optimální.

Při své práci na dialyzačním středisku se stále setkávám s pacienty s chronickým selháním ledvin. Jsem přesvědčena, že pozitivním přístupem nás zdravotníků, a získáním důvěry „našich“ nemocných, podpoříme jejich naději a chuť k úspěšnému léčení.

Snažme se někdy na problém dívat očima pacienta, nepospíchejme se závěry a v klidu zvažme, proč pacient na danou situaci odpovídá způsobem, jakým odpovídá. On není stále jen v roli pacienta. Většinu času je to prostě normální člověk jako my. Když začneme brát pacienty takové, jací jsou, můžeme jim začít pomáhat s přebudováním jejich života.

## **1. Cíle práce**

Cílem této práce je posoudit míru psychické zátěže u pacientů na začátku dialyzační léčby. Práce má část teoretickou a empirickou.

V teoretické části předkládám základní údaje týkající se onemocnění ledvin, seznamuji technicky i medicínsky s metodou hemodialýzy, rozebírám obecně chronicitu onemocnění a nastiňuji specifické psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení. Používám dostupnou odbornou literaturu.

V empirické části se snažím shromáždit údaje od dialyzovaných pacientů, týkající se jejich subjektivních pocitů a prožitků, spojených se vstupem do dialyzačního léčení. Shrnout výsledky výzkumu a posoudit na podkladě dostupné odborné literatury k této tématice.



## 2. Základní poznatky o ledvinách a dialyzační léčbě

### 2.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou párový orgán uložený v bederní krajině po obou stranách páteře (paravertebrálně) ve výši dvanáctého hrudního až třetího bederního obratle. Pravá ledvina je uložena poněkud níže než levá. Ledviny jsou odděleny od břišní dutiny pobřišnicí (jsou uloženy retroperitoneálně).

Ledviny mají charakteristický fazolovitý tvar a jsou uloženy tak, že svou konvexitou směřují do stran, kdežto konkavitou směrem k páteři.

U normálního dospělého člověka jsou rozměry ledviny následující: podélná osa činí 12 cm, šířka 6 cm a tloušťka 3 cm. Váha jedné ledviny dospělého člověka se pohybuje okolo 150g.

Místo, ve kterém do ledviny vstupuje tepna a vystupuje žíla, se nazývá hilus. Ledviny mají pružnou a tuhou konzistenci, u dospělého člověka je jejich povrch hladký a je krytý jemným fibrózním pouzdem.

Při podélném řezu ledviny můžeme rozlišit část korovou (*cortex*) a dřevnou (*medulla*). Korová část je široká přibližně 1 cm, má barvu hnědočervenou. Dřeň je tvořena pyramidovými útvary. Vrcholky pyramid (*papily*) jsou obrácené k hilu. V normální lidské ledvině nacházíme 8 – 20 pyramid. Barva pyramid je hnědofialová. Na dřeni lze rozlišit zónu vnitřní a zevní. Na papily se připínají tzv. kalíšky, které ústí do ledvinné pánvičky.

Velikost, tvarové vlastnosti a polohu ledviny lze klinicky snadno vyšetřit pomocí různých zobrazovacích metod. V praxi se nejčastěji užívá vyšetření ultrazvukem (*ultrasonografie*) nebo vyšetření rentgenového. Zjišťování odchylek ve velikosti, tvaru a poloze ledvin může být důležitou součástí při rozpoznání některých chorob ledvin a vývojových odchylek.

Krev přitéká do ledviny tepnou (*arteria renalis*), která se obvykle ještě před vstupem do ledviny dělí na 2 – 3 větve. Většinou dvě větve probíhají před pánvičkou a jedna po její zadní stěně. Po vstupu do ledviny se tyto větve dělí na tzv. artérie interlobární, které probíhají jednotlivými pyramidami, a to až k hranici mezi korou a dření. Z nich odstupují tzv. přírodní tepénky glomerulů (*afferentní arterioly*). Ledviny cévy až do úrovně arteriol jsou inervovány sympatickým nervstvem.

Ledvina je tvořena systémem tubulů a glomerulů. Glomerulus spolu s tubulem tvoří

tzv. nefron. Nefron je základní anatomickou a funkční jednotkou ledviny. Každá ledvina dospělého člověka je tvořena 1 – 1,25 milionu nefronů. Tento počet nefronů se po narození již nemění (v dospělosti se nové nefrony již tvořit nemohou). Glomerulus je tvořen klubíčkem kapilár, které vzniká rozpadem přívodné tepénky. Toto kapilární klubíčko je vloženo do pohárkovitého útvaru, tvořeného rozšířením počáteční části kanálku. Tento pohárkovitý útvar se nazývá Bowmanovo pouzdro.

Vlastní kanálkovitý útvar nefronu je tvořen několika částmi, lišícími se tvarově a funkčně:

- a) **Proximální tubulus** je tvořen vlastní stočenou částí a částí konečnou. Stěna proximálního tubulu je tvořena jednovrstevným epitelem. Tyto buňky mají na svém vnitřním povrchu četné výběžky, kterými zvětšují velikost plochy, kontaktní s tekutinou proudící uvnitř tubulu. Přímá část proximálního tubulu přechází do další části, nazývané Henleova klička.
- b) **Henleova klička.** Tato část tubulu vytváří charakteristickou U- trubici, jejíž ohyb se nachází v různé hloubce pyramid. Tato stavba Henleových kliček je předpokladem činnosti tzv. dřevňového protiproudového systému, který umožňuje tvorbu koncentrované moči. Na Henleově kličce rozlišujeme část sestupnou (descendentní), která směřuje k papile, a část vzestupnou (ascendentní).
- c) **Distální tubulus.** Stočená část distálního tubulu je tvořena jednou vrstvou kubických buněk. Úsek buněk na přechodu tlusté části Henleovy kličky a začátku stočené části distálního tubulu se nazývá macula densa. Tato společně se stěnou aferentní tepénky vytváří tzv. juxtaglomerulární aparát, ve kterém se tvoří renin, umožňující tvorbu angiotenzinu. Macula densa se uplatňuje na regulaci průtoku krve glomerulem a tvorbě glomerulárního filtrátu.
- d) **Spojovací segment** je úsek tubulu, který spojuje konec distálního tubulu se sběracími kanálky.
- e) **Sběrací kanálky** se postupně spojují tak, že svými konečnými částmi ústí na vrcholek papil, kde se již definitivní moč dostává do kalíšků a pánvičky.

Ledvinná pánvička vzniká spojením několika kalichů a ty spojením několika menších kalíšků. Kalíšky obvykle obepínají 2 renální papily. Objem pánvičky se pohybuje v rozmezí 2 – 5 ml. Její stěna tvořena hladkým svalstvem a vazivem. Vnitřní povrch je kryt vícevrstevnatým epitelem.

Močovod (*ureter*) je svalová trubice jejíž délka činí 25 – 30 cm. Na močovodu jsou tři místa zúžení (fyziologická): při přechodu pánvičky do močovodu, v místě zkřížení

močovodu s pánevními cévami a v místě jeho ústí do močového měchýře. V těchto místech fyziologického zúžení může snadněji dojít k uvíznutí močového kamene.

Močový měchýř je dutý svalový orgán, jehož kapacita (u dospělého člověka) činí 200 – 350 ml moči.

Močová trubice (*uretra*) je u žen dlouhá 3 – 5 cm. U muže je současně pohlavním orgánem, různé délky, obvykle 25 cm.

## 2.2 Funkce ledvin

Ledviny plní tyto hlavní funkce:

1. Vylučovat z organismu látky, které jsou produktem metabolismu zvláště dusíkatých látek, a tím zajistit homeostázu vnitřního prostředí.
2. Udržovat stálý objem a složení extracelulární tekutiny z hlediska jejího elektrolytového složení, osmotické koncentrace a acidobazické rovnováhy.
3. Vylučovat cizorodé látky, které pronikly do organismu a narušují normální složení vnitřního prostředí. Do této skupiny látek patří i četné léky.
4. Funkce metabolicko – endokrinní. V ledvinách se tvoří některé látky hormonálního charakteru nebo díky metabolické přeměně se z látek neúčinných (nebo méně účinných) stávají látky vysoce biologicky aktivní. Jako příklad lze uvést tvorbu hormonu erythropoetinu, stimulujícího kostní dřeň k tvorbě erytrocytů, či přeměnu provitaminu D na jeho aktivní formu. V ledvinách dochází rovněž k metabolické inaktivaci některých hormonů. Např. metabolická degradace inzulinu nebo parathormonu. V ledvinách jsou dále tvořeny látky, které přímo či nepřímo ovlivňují oběhové ústrojí (např. renin, prostaglandiny).

Ledviny jsou jedním z nejdůležitějších orgánů umožňujících udržovat homeostázu vnitřního prostředí. Narušení této homeostázy je pro organismus nebezpečné a často neslučitelné se životem.

Ledvina je bohatě zásobená krví. Každou minutou proteče oběma ledvinami okolo 1 litru krve. To je při normální hodnotě hematokritu 600 ml plazmy. V glomerulech ledviny se vytváří filtrát krevní plazmy. Objem glomerulárního filtrátu za 24 hodin je 172,8 litru.

Tubuly z glomerulárního filtrátu vstřebávají jednotlivé komponenty nazpět tak, jak je to potřebné pro udržení homeostázy vnitřního prostředí. Látky potřebné k vyloučení jsou vstřebávány zpět málo nebo dokonce ještě dochází k jejich tubulární sekreci. Tubulární

resorpce vody většinou dosahuje 99% hodnoty glomerulární filtrace. Definitivní objem moči je potom kolem 1000 – 1500 ml za 24 hodin.

## **2.2 Onemocnění ledvin**

Selhání ledvin je stav, kdy ledviny nejsou schopny se zbavit dusíkatých katabolitů a nejsou schopny udržet vodní a elektrolytovou rovnováhu ani v tělesném klidu, při bazálním příjmu bílkovin a normální činnosti ostatních orgánů. Jejich glomerulární filtrace klesá pod 0,16-0,20 ml/s. V krvi pacienta nacházíme vysokou hodnotu urey, kreatininu, kyseliny močové, většinou hyperkalemii ( vyjimečně hypokalemii ), acidózu. Trvá-li selhání ledvin delší dobu, objevuje se urémie. Urémie je klinický syndrom, tvořený různými příznaky: nervovými ( dezorientací, apatií, soporem až bezvědomím ), gastrointestinálními ( nechutenstvím, nauzeou, zvracením, průjmy, hubnutím ), respiračními ( dušností, acidotickým dýcháním ), hemoragickou diatézou ( epistaxí, podkožními hematomy ) aj.

Podle vzniku dělíme selhání ledvin na akutní ( vznikající bez déle trvajících předchozích onemocnění ) a chronické ( vznikající na podkladě déle trvajících onemocnění, které postupně vede k zániku ledvinného parenchymu ).

### **2.2.1 Akutní selhání ledvin**

Akutní selhání ledvin je náhlý, často reverzibilní pokles exkretně-metabolické funkce ledvin, který je své těžší formě spojen s výrazným poklesem diurézy. Vzniká na podkladě různých příčin. Funkce ledvin se mohou správnou léčbou zcela upravit a pacient se může uzdravit. Z hlediska základní příčiny rozdělujeme akutní selhání ledvin do tří skupin:

**1. prerenální** – ( tzv. funkční ), kdy různé patologické stavy spojené s poklesem krevního tlaku nebo se zmenšením objemu extracelulární tekutiny vedou k poklesu glomerulární filtrace. Tento typ mohou vyvolat např.: krevní ztráty, velké ztráty tekutin ( zvracení, průjmy ), šokové stavy.

**2. renální** – dochází k primárnímu poškození ledvinného parenchymu , vlivem nejrůznějších látek: organických ( etylenglykolu, tetrachlormetanu ), těžkých kovů ( sloučeniny rtuti, zlata ), nefrotických léků ( aminoglykosidů ), hub ( *Amanita phalloides* ), herbicidů a insekticidů. Může také vzniknout po podání inkompatibilní transfúzi, kontrastních látek nebo velkém zhmoždění svalové tkáně ( crush syndrom).

Prognóza akutního renálního selhání závisí na základním onemocnění a klinický obraz bývá velmi pestrý. Prvním příznakem bývá většinou oligoanurie, někdy bývá zachována diuréza. Současně se objevuje vysoká hladina dusíkatých látek, hyperkalemie, acidóza. Je nezbytně nutné sledovat u nemocných příjem a výdej tekutin, vedle systémového tlaku by měl být měřen i centrální žilní tlak ( dehydratace ). Nemocný by měl být hospitalizován a monitorován na jednotce intenzivní péče. Prognóza pacientů závisí na včasné rozpoznání správné diagnózy a bezprostředních léčebných opatřeních. Vlastní léčení selhání ledvin je většinou kombinací konzervativního způsobu a některé eliminační metody očišťování krve.

Chronické selhání ledvin je stav, kdy je funkce ledvin snížena natolik, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a při vyrovnané metabolické situaci organismu. Je to konečné stadium nejrozličnějších chorob. Nejčastější příčinou je chronická glomerulonefritida, intersticiální nefritida, polycystická degenerace ledvin, nefroskleróza a diabetická nefropatie. Nemocní mohou žít s chronickým onemocněním ledvin, které vede ke snižování ledvinových funkcí různě dlouhou dobu, několik týdnů, měsíců či let. Život jim může být prodloužen i ve stadiu ledvinového selhání léčebnými metodami, které obecně řadíme do tzv. očišťovacích metod krve. Nejvíce používanou z nich je hemodialýza. Dnešní výzkumy, zkušenosti, ale i všeobecná dostupnost dialyzačního léčení umožňují zahájit dialyzační léčení dříve, než dojde k hlubším metabolickým poruchám.

1. Plasmaferéza
2. Hemoperfúze
3. Náhrada ledvinných funkcí: a) hemofiltrace d) peritoneální dialýza  
b) hemodiafiltrace e) transplantace ledviny  
c) hemodialýza

## **3. Hemodialýza**

### **3.1 Historie**

Dějiny hemodialýzy se datují již od roku 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham první studoval dialýzu na prostupnosti stěny hovězího močového měchýře, použitého k sestavení primitivního dialyzátoru. V roce 1912 fyziologové John J. Abel, L. G. Rowntree a B. B. Turner sestrojili první dialyzátor podobný současným kapilárním dialyzátorům svojí soustavou koloidových = celloidinových kapilár. V roce 1914 provedli C.L. Hess a H. McGuigan první dialýzu na psech. Na bázi těchto pokusů hemodialyzoval německý lékař Georgie Haas v roce 1928 neúspěšně prvního člověka s použitím heparinu, objeveného v roce 1919. První použitelnou umělou ledvinu sestavil v roce 1943 holandský lékař Willem J. Kolff.

První pracoviště umělé ledviny v naší republice bylo založeno na II. Interní klinice prof. Vančury 1. LF UK v Praze. 10.12.1955 se zde provedla úspěšně první akutní dialýza. Druhé pracoviště vzniklo v roce 1957 v Hradci Králové na I. Interní klinice. V roce 1965 byla zahájena pravidelná dialyzační léčba nemocných s chronickým selháním ledvin.

### **3.2 Technické předpoklady**

Hemodialýza je laboratorní technika, jejíž princip spočívá v oddělování látek z roztoků o různé molekulární hmotnosti pomocí semipermeabilní membrány. Přesun přes semipermeabilní membránu se děje dvěma mechanismy – difúzí a filtrací. Pro klinickou praxi znamená hemodialýza očišťovací metodu krve, která sníží u pacienta koncentraci nahromaděných toxických látek a zbaví jej i nadbytečné vody.

( Lachmanová, J., 1999, s. 13)

K provedení dialýzy je třeba:

- dialyzátor
- dialyzační monitor
- dialyzační koncentrát
- vhodný cévní přístup

#### **3.2.1 Dialyzátor**

Dialyzátor je nejdůležitější součást umělé ledviny. Probíhá v něm vlastní očišťování krve.

Je v něm uložena dialyzační membrána a dle jejího uspořádání rozlišujeme dva druhy dialyzátorů.

1. **kapilární dialyzátor** – dialyzační membrána je tvořena tisíci dutými vlákny. Vlákna proudí krev a mezi vlákny pak protéká dialyzační roztok protiproudním směrem k cestě krevní. Vlákna jsou uložena v pouzdru, které má 4 otvory, 2 pro krevní cestu a 2 pro dialyzační roztok.
2. **deskový dialyzátor** – dialyzační membrána je složena v listy, mezi kterými protéká dialyzační roztok obdobně jako v kapilárním dialyzátoru.

### 3.2.2 Dialyzační monitor

Dialyzační monitor je přístroj, který spolu s dialyzátorem tvoří „umělou ledvinu“. Dnes je ve světě v nabídce několik různých druhů monitorů, které se liší designem a v některých technických detailech.

Základní části dialyzačního monitoru jsou:

1. **Krevní modul s krevní pumpou** – odebírá krev z cévního přístupu pacienta přírodním setem a přivádí ji do dialyzátoru a zase zpět do cévního přístupu dalším setem.
2. **Dialyzační modul** – slouží k přípravě dialyzačního roztoku z koncentrátu a upravené vody.
3. **Ultrafiltrační modul**, který zajišťuje splnění požadované ultrafiltrace
4. **Signalizační zařízení** – akustické i optické, zajišťuje bezpečný chod dialýzy.

### 3.2.3 Dialyzační roztok

Dialyzační roztok je tvořen z předem upravené vody a z koncentrátu. Upravená voda je přiváděna k jednotlivým přístrojům. K úpravě acidobazické rovnováhy se přidávají ještě baze a podle jejich druhu rozlišujeme hemodialýzu:

1. **Acetátovou** – dnes již téměř nepoužívanou, pro špatnou toleranci u pacientů.
2. **Bikarbonátovou** – fyziologičtější a v dnešní době nejpreferovanější.

### 3.3 Cévní přístup

Pro zapojení pacienta na umělou ledvinu je zapotřebí zabezpečit kvalitní cévní přístup, který zajistí dostatečný přítok krve do dialyzátoru a zpět do oběhu pacienta. Rozlišujeme 2 základní typy cévním přístupů.

1. **Dočasný cévní přístup**, který je určen a volí se pro omezený počet výkonů při akutním provedení hemoeliminační metody. Používá se též u pacientů v chronickém dialyzačním programu, u kterých nelze použít trvalý cévní přístup, nebo kteří ho nemají ještě vytvořen.

Dočasný přístup se zajišťuje kanylací velkých žil – v.femoralis, v.subclavia, v.jugularis. Zavádí se zde dvoucestný dialyzační katetr ( *double lumen* ).

2. **Trvalý cévní přístup** je indikován u pacientů, kteří budou nebo jsou zařazeni do pravidelného dialyzačního programu. Chirurgicky je vytvořen arteriovenózní vnitřní zkrat – arteriovenózní fistule. Je to spojka mezi tepnou a žílou, kdy žíla se do 3 – 4 týdnů zarterizuje. Spojky ( pístěle ) se nejčastěji vytvářejí na předloktí a na paži. Nad takto vytvořeným funkčním spojením mezi tepnou a žílou je slyšet kontinuální šelest a vír. Pokud nelze vytvořit spojku z vlastních cév, mohou se použít vlastní štěpy ( *alotransplantáty* ), anebo syntetický materiál ( *Goretex* ). Mezi trvalý cévní přístup také patří permanentní dialyzační katetr ( *permcath* ).

### 3.3.1 Komplikace trvalého cévního přístupu

U trvalého cévního přístupu mohou nastat komplikace, které ohrožují jeho životnost a někdy i život samotného pacienta.

Patří sem například:

- § **hematom** ( nejčastěji špatná punkční technika, manipulace se zavedenou jehlou, nedostatečná komprese vpichů po odstranění jehel )
- § **stenóza** ( může vzniknout v kterémkoliv místě žíly nebo přímo v anastomóze )
- § **trombóza** ( může vzniknout již v pooperační době, později následkem např. stenózy, protrahované hypotenze )
- § **aneurysma** ( kdekoliv v průběhu pístěle, často se na tom podílí špatná punkční technika )
- § **infekce** ( závažná komplikace, ohrožení pacienta sepsí nebo bakteriální endokarditidou, větší riziko při umělých cévních náhradách, kladení velkého důrazu na pacientovo dodržování hygieny )
- § **steal syndrom** ( ischemická bolest ruky, většinou s přidruženou chorobou cév, např. angiopatií. Nastává někdy také u širokých anastomóz, kde je velký průtok.)



### **3.3 Antikoagulační léčba**

Při hemodialýze je krev vedena extrakorporálně dialyzačními sety a přichází tím do styku s cizím materiálem. Musíme podávat antikoagulanty, jinak by mohlo docházet ke srážení krve v setech. Nejčastěji je užíván heparin. Dávkování heparinu je individuální a určuje ho lékař.

Podává se buď kontinuálně pomocí arteriálního setu a heparinové pumpy na dialyzačním monitoru, nebo intermitentně přímo do dialyzačních setů v určitých časových intervalech.

### **3.4 Komplikace při hemodialýze**

Během hemodialýzy se můžeme setkat s nejrůznějšími komplikacemi. Mezi časté komplikace patří pokles krevního tlaku, křeče, nauzea, vomitus, bolesti hlavy, na hrudi a v zádech.

Vzácněji se vyskytují arytmie, srdeční tamponáda, intrakraniální krvácení, poruchy vědomí, horečka, hemolýza a vzduchová embolie.

Zřídka se pak vyskytují závažné stavy jako dysekvilibrační syndrom a syndrom prvního užití. ( Sulková, S., 2000, s.255)

## 4. Chronická a nevyléčitelná onemocnění

### 4.1 Vliv chronického onemocnění na pacienta

Chronická nemoc se mnohdy přibližuje pomalu – plíživě. Člověk si často neuvědomuje, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti. Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, který je touto nemocí postižen, vyrovnávat. ( Křivohlavý, J., 2002, s.130 )

Nemocní se pohybují většinou mezi domovem a nemocnicí. Vážné onemocnění přináší postiženému řadu omezení a týká se vždy a zásadně celé rodiny. Pro člověka samotného je to vždy velká zátěž a zkouška jeho osobnosti.

Nevyléčitelná nemoc přináší zátěž vedoucí ke změně stylu života rodiny, která se na situaci postupně adaptuje. Postižení má za následek změnu rolí v rodině, protože pacient svou roli zpravidla v plném rozsahu „neudrží“. Projevuje se to v jeho sebepojetí a sebehodnocení ( pocity pohrdání sebou). Tato skutečnost je výraznější všude tam, kde nastane změna v tělesném schématu a vzhledu, kde se nemocný dostane do větší závislosti na druhých a kde musí výrazně změnit svůj životní styl. Člověk psychicky reaguje na každé vážnější onemocnění.

Tato odezva je různá a do značné míry závisí na:

- § **kvalitě rodinného zázemí** ( akceptace nemocného a podřízení životního stylu jeho možnostem)
- § **projevech onemocnění či defektu** ( např. viditelnost stigmat )
- § **pocitu ohrožení života** ( strach z umírání a bolesti mnohdy doprovázený obavou z osamělosti )
- § **celkové kvalitě života** ( např. snížení pohyblivosti a sebeobsluhy )

Vyrovnávání se s faktem vážného onemocnění se děje zpravidla ve čtyřech fázích. Nejdříve nastává **šok** z uvědomění si určité skutečnosti, následuje zpravidla její **odmítnutí a popření**, potom přicházejí **úzkost a depresivní rozlady** ( mohou se dostavit i pocity viny, případně negativismus – projevy zlosti, odmítání pomoci, či jiné formy agresivity ) a nakonec, dříve či později, většina nemocných svůj stav **přijímá, smiřuje se s ním a adaptuje se.** ( Vymětal, J., 2003, s.208 )

Je potřeba brát v úvahu pacientovy změněné fyzické i psychické stavy. Z pestrých psychických těžkostí jde hlavně o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky. Kognitivní ( myšlenkové ) problémy se týkají faktu samotné nemoci. Pacient na ni stále myslí a toto téma se samovolně objevuje v jeho mysli.

Asi největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Může dojít k odcizování nejen druhým lidem, ale i sama sobě. Může se přestat cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí se pocit schopnosti něco řešit a dokonce i osobní úcty a ceny.

Jako **nežádoucí psychické odezvy** na vyrovnávání se s existencí vážné nemoci nejčastěji nastávají:

1. **Prožívaný stav bezmoci a beznaděje** – může vyústit do stavu zoufalství až sebevraždného jednání.
2. **Sekundární zisk z nemoci** – např. se může stát zajímavým pro své okolí a svými požadavky ho může „tyranizovat“
3. **Regrese** – je vypěstována nadměrnou péčí o pacienta ze strany jeho okolí. Pacient v regresi vznáší infantilní požadavky, bývá vzdorovitý, emočně labilní, nespolehlivě spolupracující.

Optimální je spolupráce s rodinou pacienta a pravdivá informovanost. Lidé, kteří jsou informovaní lépe spolupracují a snášejí nepříjemnosti, které léčba přináší. Je důležité negativní změny co nejdříve zařadit do života a naučit se s nimi žít. ( Vymětal, J., 2003, s.208-209 )

## **5.Psychologické a sociální aspekty dialyzační léčby**

### **5.1 Úvod**

Historie zájmu o psychologické stránky života dialyzovaných je o něco mladší než historie vlastní dialýzy. Časový posun je dán tím, že na úsvitu dialýz šlo hlavně o medicínský a technický zápas lékaře o přežití pacienta a v něm nezbývalo místo na prožitky nemocného. Ale už r.1964 Scribner předpověděl, že spolu se zdokonalováním dialyzační techniky lze očekávat zvýšení počtu dialyzovaných, prodloužení života s dialýzou, a tím i nárůst emočních problémů pacientů spolu se zvýšením počtu suicidií. Podle provedené velké studie psychického stavu začátkem 70. let se potvrdil Scribnerův předpoklad. Zároveň se odstartoval zájem o psychosociální problematiku v oblasti dialyzačního léčení. První práce s touto tematikou vyšla již roku 1965.

Psychologické a sociální zkoumání se zaměřilo na tato témata: fáze adaptace na dialýzu, mechanismy zvládání dialyzačního stresu, vyrovnávací strategie, maladaptivní projevy (deprese, agrese, sebevraždy), sexuální problémy dialyzovaných mužů i žen, dopad léčby na rodinu, na pracovní uplatnění a na rekreační možnosti. Zkoumána byla kvalita života dialyzovaných v porovnání s běžnou populací či s jinak chronicky nemocnými. Byly také zkoumány psychosociální aspekty ovlivňující dlouhodobé přežívání na dialýze.

V současné době se dostávají do popředí otázky etické, především problematika dobrovolného ukončení dialýzy a jeho pravidel. V roce 1971 vyšla první studie o dobrovolném ukončení dialýzy (Mc Kegney, Lange), její autoři doporučují, aby nefrolog před zahájením dialýzy nebo v jejích začátcích informoval pacienta o tom, že v průběhu léčení přijde období, kdy pacient bude uvažovat o ukončení léčby.

Psychologická, morální, etická a sociální témata byla námětem psychonefrologických konferencí, které organizoval od r.1978 vždy po dvou letech americký psychiatr N. B. Levy, který je označován za otce psychonefrologie. Spolu s dalšími psychiatry, psychology a sociálními pracovníky (H. S. Abram, A. K. De-Nour, F. Reichsman, J. Carosella, T. M. Rotarius, A. Liberman, P. G. Willson aj.) přispěl ke zpřístupnění a porozumění světu dialyzovaných. (Sulková, S., 2000, s.504-505)

## 5.2 Stres na dialýze a způsoby jeho zvládnání

Dialyzovaný nemocný je vystaven, stejně jako jiní nemocní s chronickými chorobami, stresu, který **plyne z těžké a nevyléčitelné a tudíž doživotní choroby. Navíc zažívá stres zcela specifický**, který je vyvolán jednak průvodními znaky onemocnění (úbytek energie, poruchy spánku, svědění kůže, syndrom neklidných nohou, bolesti svalů a kloubů, úporná žízeň, sucho v ústech aj.).

Izraelská psychiatryně A. K. De-Nour, která se mnoho let zabývala životem dialyzovaných pacientů uvádí stresy, které dialyzované sužují: ztráta nebo hrozba ztráty blízkých osob, dietní omezení, omezení svobodného plánování, ztráta tělesných funkcí (močení, sexuální aktivita), zvýšená časová i prostorová závislost, závislost na druhých lidech, zvýšená agresivita, hrozba smrti. Stres dopadá i na rodiny nemocných (všeobecná nejistota, trápení s nemocných způsobené změnou jeho chování, změna rolí v rodině, nárůst agresivity, minimálně otevřená komunikace, omezení společenského života, finanční problémy).

U nemocných se objevují tři typy stresu:

**1. Žije na pomezí mezi životem a smrtí** – život je mu prodlužován jen díky přístroji. Smrt je stále jakoby na dosah, stačí jen nejet na dialýzu, nebo se dosyta najíst „zakázaného ovoce“. Někdy zažívají pacienti silné pokušení tuto hranici překročit.

**2. Obavy, nejistota a strach v rodinném životě** – časová náročnost léčení, nepředvídatelnost událostí na dialýze, výkyvy ve zdravotním stavu nemocného. Toto vše vytváří překážky v plánování a uskutečňování rodinných programů. Pacientova rodina zažívá obrovské napětí při každém zhoršení jeho zdravotního stavu, on sám si většinou uvědomuje, co rodina prožívá a leckdy má pocity viny.

**3. Chronicita nemoci** – nedává naději na zlepšení stavu. Pacient podstupující tak náročnou léčbu, jako je dialýza, není odměněn vyléčením, ale musí žít s vědomím, že jeho stav se bude zhoršovat, budou přibývat komplikace, ubývat fyzická síla, soběstačnost a nezávislost.

**Významný stresem u dialyzovaných je: závislost na přístroji, středisku a personálu** (pro některé pacienty je toto větší psychická zátěž než vlastní ohrožení nevyléčitelnou nemocí. Je ohrožen jejich „nezávislý život“.), **vlastní dialyzační procedura** (strach z napojení, z bolesti, z komplikací během dialýzy, komplikace u spolupacientů).

Úroveň stresu je obecně veliká na začátku léčení a po několika měsících se zmenší. Veliká je po selhání transplantované ledviny a při návratu na dialyzační léčbu nebo po úmrtí spolupacienta. (Znojová in: Sulková, S., 2000, s.505-506)

Stres roste, když klesá reziduální diuréza nebo když se objeví problémy s cévním přístupem. Nesmírně stresující je situace, kdy se pacient od lékaře dozví, že je nutné zvýšit počet dávek dialyzačních procedur v týdnu. Velmi často se objevují různé stesky a problémy, známky zhoršené spolupráce, deprese, někdy i úvahy o skončení dialýzy.

Psychika člověka, aby mohl unést velkou psychickou zátěž, je vybavena nevědomými **obránnými mechanismy** (projekce, racionalizace, somatizace, kompenzace, odčinění aj.). Tyto vnitřní strategie ho chrání před nadměrnou úzkostí a pomáhají mu zachovat stabilní obraz o sobě a světě, ve kterém žije, tím brání poškození jeho sebepojetí.

U dialyzovaných pacientů se nejčastěji setkáváme s těmito obrannými mechanismy:

**1. Vytěsnění** – pacient vytlačí mimo obsah svého vědomí to, co je neslučitelné s obrazem, který si o sobě učinil. Zapomene, že není zdravý, že byl informován o nutnosti dialýzy, o dietním režimu. Tímto vytěsněním se vyhne úzkosti, kterou by prožil při plném uvědomění si situace. Nežádoucí moment (např. šok) je vnitřně potlačen.

**2. Popření** – nemocný odmítne uznat situaci, tak jak je, tvrdí, že na sobě sám pozná, až bude dialýzu potřebovat. Popírá známky únavy, vyčerpání, zalhává stran dialyzačního režimu (např. dieta, pitný režim). Dělá, jako by ho to nezajímalo, uzavírá se informacím, nechce nic vědět ani slyšet. Nejde o lhaní, ale o sebezáchovnou funkci psychiky. Působí nevědomě a není závislá na vzdělání či inteligenci nemocného. Přiměřená míra popření se udává, že je prospěšná pro dlouhodobé přežívání na dialýze.

**3. Regrese** – nemocný se dostává na vývojově nižší stupeň. Stáhne se do sebe, rozpláče se, začne trucovat. Vrací se do dětství, kdy byl obklopen péčí blízkých. Ti plnili jeho přání, zajišťovali jeho pohodu a měli za něho veškerou zodpovědnost. Tito pacienti strhávají na sebe pozornost, jsou často nespokojeni, cítí se často zanedbávání, znevýhodnění a urážejí se. Očekávají, že personál bude řešit příčiny jejich nespokojenosti. Tento mechanismus bývá posílen autoritativním chováním personálu, které omezuje pacientovu samostatnost a nezávislost.

Dialyzační stres je obdobný u všech nemocných, ale způsob, jakým se s ním pacient vyrovná, rozhodne o dobré či špatné adaptaci na dialýzu. Pro dobrou adaptaci nemocného je výhodná vyrovnávací strategie resp. smýšlení:

§ Umění přijmout situaci takovou jaká je

§ Schopnost udržet si naději na smysluplný život i za velmi nepříznivých okolností

- § Vědomí, že lze mít život pod kontrolou i v nemoci
- § Schopnost dívat se na problémy objektivně, s odstupem, s nadhledem
- § Hledání rozmanitých cest a způsobů, kterými lze v životě řešit problémy
- § Víra a modlitba, které povzbuzují optimismus, pozitivní očekávání a naději ( Znojová in: Sulková, S., 2000, s.508)

### 5.3 Úzkost, deprese a agresivita

Jsou to jedny z nejčastějších pocitů u dialyzovaných pacientů.

- § **Úzkost** je nepříjemný prožitek a stav. Neuvědomuje se její bezprostřední příčina. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach. Má signální a obrannou funkci. ( Vymětal, J., 2003, s.236)

Může mít podobu psychické nepohody nebo se somatizuje ( bolest hlavy, svírání na prsou, svírání v epigastriu). Častým jevem bývají poruchy spánku. Úzkostní nemocní nemohou usnout. ( Honzák, R., 2005, s.49) Někteří nemocní prožívají úzkostné stavy večer před dialýzou, cestou k dialyzačnímu středisku, těsně před napojením nebo se jí nemohou zbavit vůbec. Většina nemocných zvládá úzkost pomocí psychických obranných mechanismů. Pokud ale úzkost nezvladatelně narůstá, může se projevit dále jako deprese či agrese.

- § **Deprese** ( z lat. *depressus*, tj. stlačený, nízký) je syndromem, který zahrnuje symptomy z oblasti nálady (smutek, sklíčenost), myšlení (celkový názorový pesimismus a negativní sebepojetí – sebeobviňování, ztráta sebeúcty), psychomotoriky (zpomalenost v gestech, pohybech, tempu řeči) ( Vymětal, J., 2003, s.246)

Je to jeden z nejdůležitějších klinických psychologických problémů dialyzovaných pacientů. Může trvat měsíce i roky, aniž by byla zaznamenána. Je především prožitkem smutku, beznaděje a bezmoci, zbavuje nemocného uspokojení ze vztahu s blízkými lidmi a vede nemocného k sociální izolaci. Pacienti si stěžují např. na nechutenství, únavu, hubnutí, nespavost (podle Honzáka se depresivní nemocní zpravidla budí během spánku, většinou po půlnoci nebo nad ránem).

Řada studií ukázala na to, že deprese má vztah k vyšší úmrtnosti dialyzovaných.

- § **Agresivita** patří k pudové výbavě člověka a projevuje se při překonávání překážek. Je to individuální dispozice k útočnému jednání. Život s dialýzou vyvolává spoustu agresivních pocitů, ale společenské normy většinou nedolí nemocným, aby je ventilovali. Přiměřená míra agresivity je dle různých studií faktorem vedoucím k delšímu přežívání.

K základním dovednostem zdravotníků by mělo patřit snášet hněv a rozčilení pacientů a neposilovat ho vlastní zlostí. Znat z čeho pramení a naučit se jej zvládnout.

#### 5.4 Vliv dialyzačního léčení na spolupráci pacienta

Spolupráce („*compliance*“) pacienta při dialyzačním léčení je nejčastěji zkoumaným indikátorem psychosociální adaptace. Špatná spolupráce bývá u dialyzovaných dosti častá. Je to běžné při léčení těžkých chronických onemocnění, které zasahují do běžného každodenního života a zaběhnutého životního stylu.

Projevy nespolupráce jsou: nedodržování diety a pitného režimu, neužívání předepsaných léků, mnohdy dle osobního rozhodnutí užívání jiných léků, pozdní příchody na dialýzu, někdy i svévolné vynechání pravidelné dialýzy, požadavky na zkracování dialyzační doby, vyžadování mimořádných dialýz. Většina nemocných občas nedodržuje některá doporučení. Nespolupracující chování znamená pro některé pacienty někdy způsob, jak si zachovat vlastní styl života a žít s pocitem, že má život ve vlastních rukou.

V literatuře jsou uváděny tři hlavní oblasti důvodů špatné spolupráce: psychologické, sociodemografické, medicínské.

Mezi **psychologické** příčiny uvádí N. B. Levy tyto faktory:

§ **Snížená frustrační tolerance** – především u mladých nemocných a nezralých dospělých. Touží být zdraví, vynechat nebo zkrátit dialýzu, dostatečně se napít. Když toho nemohou dosáhnout, cítí zlost.

§ **Deprese** – těžce depresivní pacienti se sníženým sebehodnocením nedokáží mobilizovat dostatečně energii. Může dojít až k sebedestruktivě. Mírnější formy se mohou projevit nedodržováním diety a vynecháváním dialýz.

§ **Zlost na vlastní nemoc** – všichni chovají iracionální naději, že budou žít věčně zdraví. Je to pocit práva na zdraví. Pokud nejsou zdraví, je to vnímáno jako nespravedlnost a vyvstává agrese a zlost.

§ **Potíže s autoritou** – personál na dialýze připomíná nemocným jiné autority z jejich života a vyvolává v nich vzpomínky na staré spory a konflikty. Přispívá to k bouření se, odmítání přijmutí závislosti, dobře míněné rady i nabízené pomoci.

Mezi **sociodemografické** příčiny nespolupráce patří především nedostatek sociální podpory pacientů. Žijí buď sami a nebo jim chybí okruh blízkých a přátel. Většinou mohou trpět nedostatkem seberealizace.



**Medicínské** důvody plynou ze samotného onemocnění ledvin. Z možných komplikací, které se dále odrazí na spolupráci s pacientem.

Dobrá informovanost pacienta o povaze léčení a o tom, co by on sám měl dělat, je jednou ze základních podmínek dobré spolupráce, ale nestačí sama o sobě. Různé charakteristiky spolupracujícího pacienta se shodují v tom, že je spokojený se svým životem, touží žít, chápe, že má svůj vlastní život do značné míry ve vlastních rukou, může svým chováním svoje zdraví a nemoc ovlivnit, má pocit zodpovědnosti za svůj život a nerad klame druhé lidi.

Nesporný vliv na spolupráci pacientů má atmosféra v dialyzačním týmu a postoj k problému nespolupráce. Prospěšnějším se zdá být spíše **tolerantní a chápající postoj** než odsuzující a represivní. Pacienti, označovaní personálem jako „nespolupracující“, mají tendenci k ještě větší míře nespolupráce. Levy ze své třicetileté praxe psychiatra, věnujícího se dialyzovaným pacientům, doporučuje zaujmout pozitivní postoj i k chování, které svědčí o horší či špatné spolupráci, protože se tím vyzvednou zdravější stránky každého pacienta. Pro personál je často silně frustrující pečovat o pacienta, který nedbá jejich doporučení a rad. Vyplývá to hlavně z paternalistické povahy vztahu mezi personálem a pacientem. V takovémto vztahu se snaží zdravotníci býti zodpovědni za zdraví a život svých dialyzovaných pacientů, a usilují více o to, aby nemocní byli poslušní, než o to, aby byly naplněny jejich potřeby. Personál se někdy cítí být v rodičovské roli a vede boj s neposlušným pacientem, ale je zcela nereálné si myslet, že lze kontrolovat chování jiného dospělého člověka. Proti paternalistickému vztahu je možno postavit vztah dvou samostatných dospělých jedinců, v němž profesionál nabízí své vzdělání, znalosti a čas pacientům, kteří jsou však plně zodpovědni za svůj život. (Sulková, S., 2000, s.511-513)

## 6. Cíl výzkumu

Zmapovat a analyzovat subjektivní prožitky a potřeby hemodialyzovaných pacientů v začátcích jejich dialyzační léčby.

U vzorku pacientů zjistit:

- § Pacientovo sociální prostředí a začlenění do rodiny
- § Informovanost o nemoci
- § Omezení léčbou ( fyzické, dodržování různých režimů, časové ... )
- § Prožívání negativních emocí
- § Strategie vyrovnání se s nemocí a léčbou

## **7. Metodika**

Ke zjištění daných výzkumných cílů jsem použila metodu dotazníku. Dotazník jsem vypracovala samostatně. Sestával se z otázek s předvolenými odpověďmi. Po osobní domluvě byl doručen na vybraných pět dialyzačních pracovišť v Čechách. Dotazník byl vyplňován anonymně, individuálně a bez časového omezení. Jeho použití bylo vždy schváleno vedením daného pracoviště. Byl určen pro hemodialyzované pacienty.

Respondenti měli za úkol označit v otázkách jednu předvolenou odpověď, v několika otázkách bylo možno vybrat více odpovědí.

Dotazník obsahoval 27 otázek, z toho prvních je 10 demografických.

Respondenti vyplňovali dotazníky přímo na dialýze, nebo si je odnesli domů a vyplněné přinesli příště a vhodili do připravené krabice.

## **8. Charakteristika respondentů**

Na pěti dialyzačních pracovištích v Čechách bylo osloveno celkem 275 respondentů. Vyplněných dotazníků se vrátilo 188. Návratnost dotazníků byla tedy 68%.

V naší republice je kolem 4000 hemodialyzovaných pacientů, kteří jsou léčeni asi na 87 dialyzačních pracovištích. Záměrně jsem se soustředila na oblast hemodialyzovaných pacientů, protože se u nich může vyskytovat široká škála problémů a komplikací, které jistě mohou být podnětem pro různé studie a výzkumy.

Vzorek respondentů byl vybrán náhodně. Odpovídali muži i ženy.

Bohužel respondenti neodpověděli vždy na 100% otázek, či nechtěli. Výsledky jsou potom vypočítány z počtu dodaných odpovědí.

## 9. Výsledky výzkumu

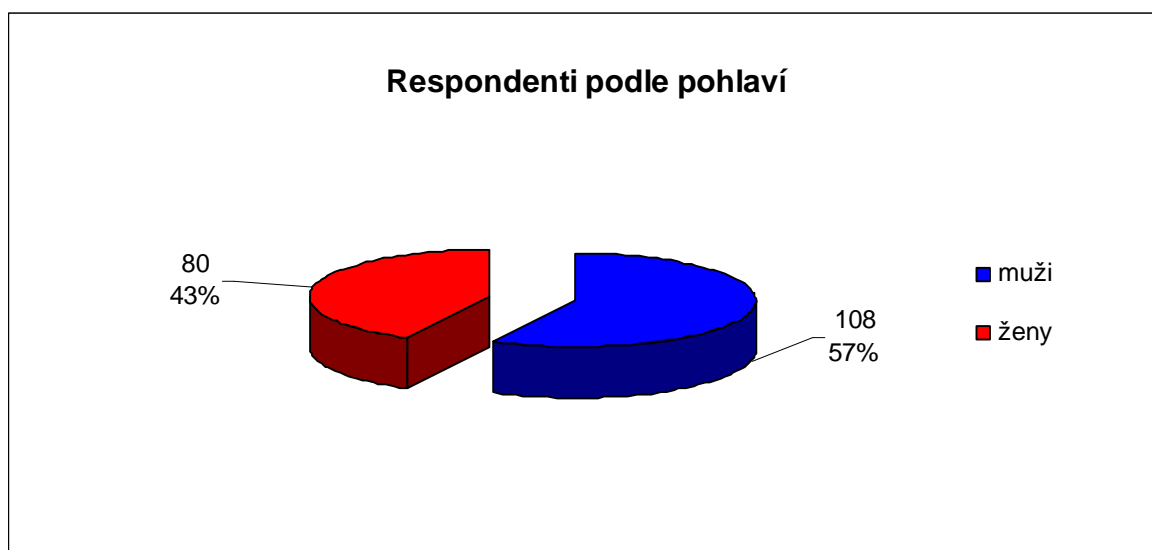
Předkládané výsledky výzkumu jsou dále prezentovány ve formě přehledných grafů, podle toho, jak byly seřazeny v dotazníkovém šetření. Nejprve byly položeny otázky na demografické údaje, dále již je snaha zmapovat samotné pocity a potřeby pacientů.

### 9.1 Zpracování demografických údajů

#### Otázka č.1.1

##### Pohlaví

Graf č.1.1 Struktura složení pacientů dle pohlaví



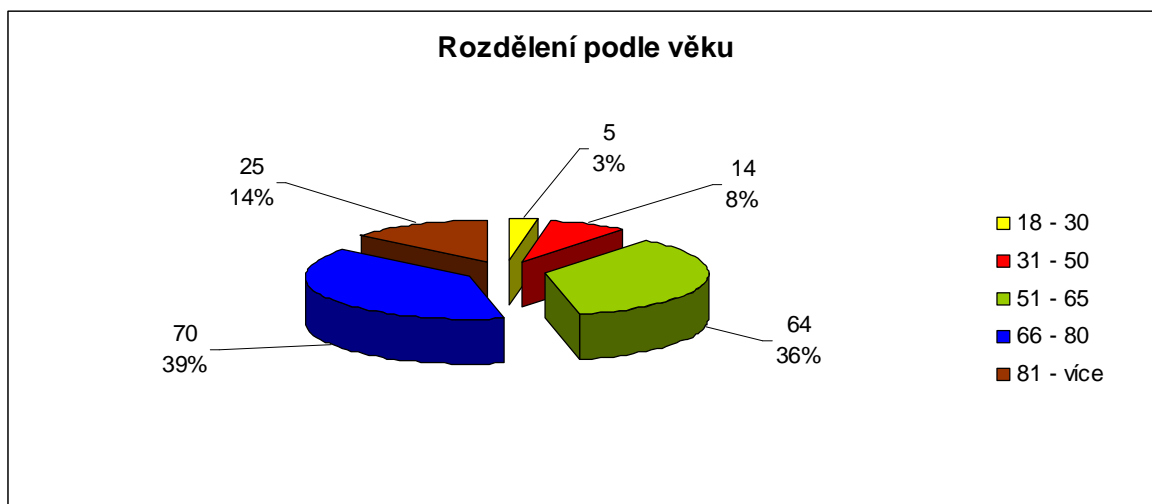
#### Komentář:

Na dotazníky odpovědělo 188 respondentů, 43% (80) žen a 57% (108) mužů.

### Otázka č.1.2

#### Věk

Graf č.1.2 Struktura složení pacientů dle věku



#### Komentář:

Z grafu č.1.2 vyplývá věkové složení respondentů. Dvě nejvíce zastoupené věkové skupiny byly mezi 66-80 lety ( 39% ) a 51-65 lety ( 36% ). Věková skupina 81-více je zastoupena 14% ( 25 ), mezi 18-30 lety je 5 ( 3% ) respondentů a mezi 31-50 lety 14 ( 8% ).

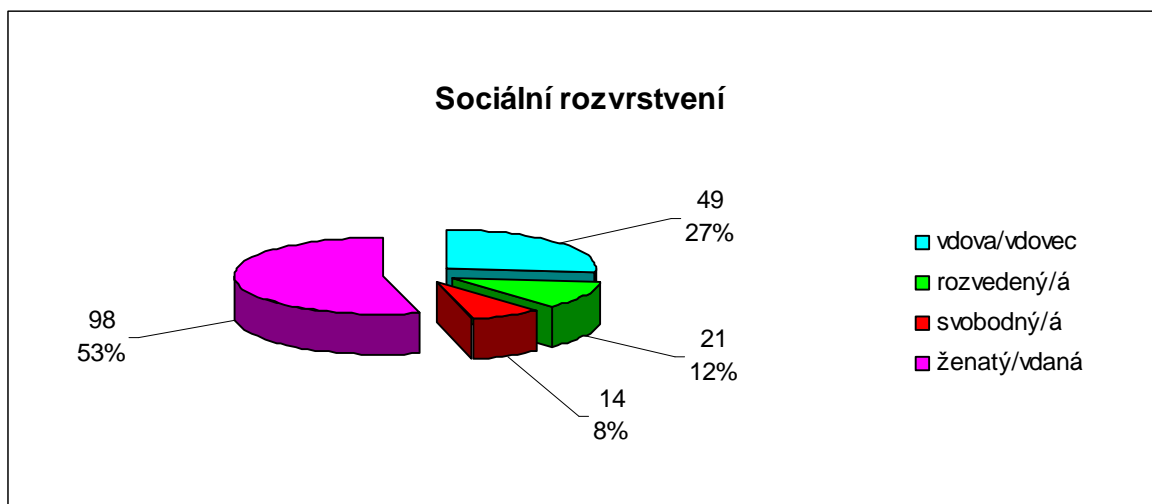
Nejmladší respondent je stár 24 let a nejstaršímu je 90 let.

Ukazuje nám to na věkovou skladbu pacientů na vybraných střediscích. Je zde převaha středního a zralého věku v dialyzační léčbě. Není nezanedbatelná skupina velmi starých seniorů nad 80 let, která s sebou nese svá specifika v ošetřování a hemodialyzační léčbě.

### Otázka č.1.3

#### Rodinný stav

Graf č.1.3 Sociální rozvrstvení



#### Komentář:

Graf č.1.3 nám ukazuje, že 53% respondentů ( 98 ) žije v manželství, 27% ( 49 ) je ovdovělých, 12% ( 21 ) je rozvedených a 8% ( 14 ) je svobodných.

K uvedené otázce se 6 respondentů nevyjádřilo.

Zajímala jsem se o to, jaké je zázemí pacientů. V partnerském vztahu se zajisté lépe zvládají nepřízně života. Partner je partnerovi oporou. Pacient je i doma „ohlídán“.

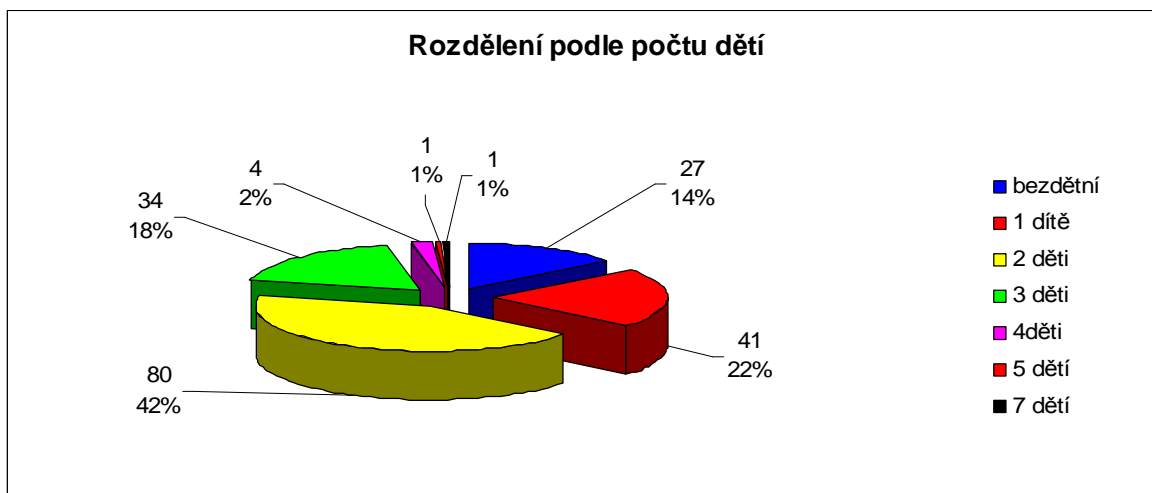
U svobodných pacientů je předpoklad, že jim pomáhají rodiče.

Ztráta partnera a rozvod je samo bráno jako velká stresová zátěž. Nemoc může být pro ně více zatěžující než pro ty, kteří jsou v partnerském vztahu.

#### Otázka č.1.4

##### Počet dětí

Graf č.1.4 Rozdělení podle počtu dětí



##### Komentář:

Z grafu č.1.4 vyplývá, že 42% ( 80 ) respondentů má 2 děti, 22% ( 41 ) má 1 dítě, 18% (34) má 3 děti, 14% ( 27 ) je bezdětných, 2% ( 4 ) má 4 děti a po jednom respondentovi má 5 a 7 dětí.

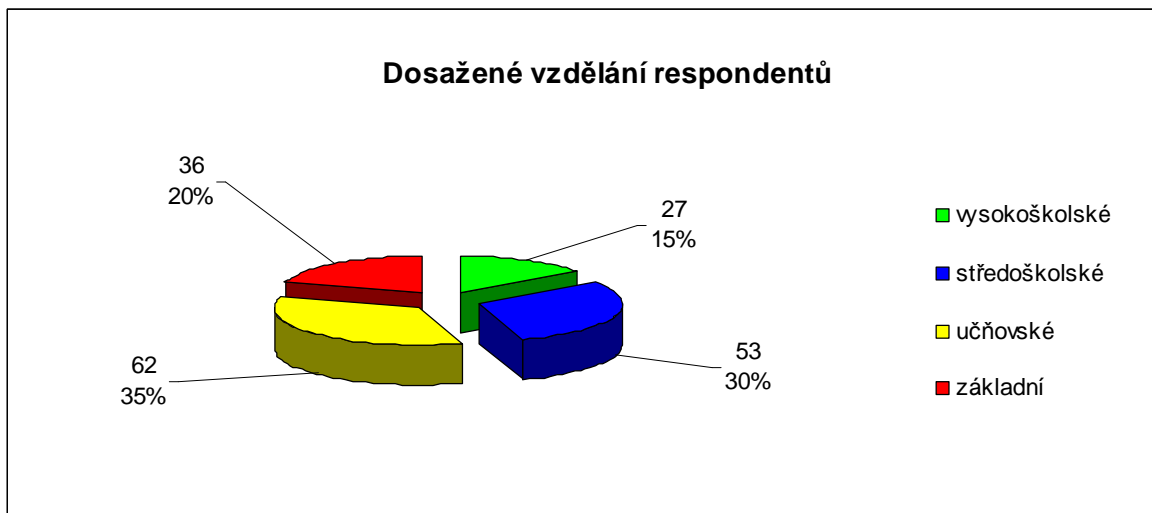
Jelikož naši respondenti jsou spíše ve vyšších věkových skupinách, předpokládám, že je tady možnost obrátit se s pomocí na dospělé děti v případě potřeby. Pomoc fyzická i sociální.



### Otázka č.5

#### Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č.1.5 Dosažené vzdělání respondentů



#### Komentář:

Na grafu č.1.5 se ukazuje, že 20% ( 36 ) dotázaných pacientů má dosažené nejvyšší vzdělání základní, 35% ( 62 ) učňovské, 30% ( 53 ) středoškolské a 15% ( 27 ) vysokoškolské.

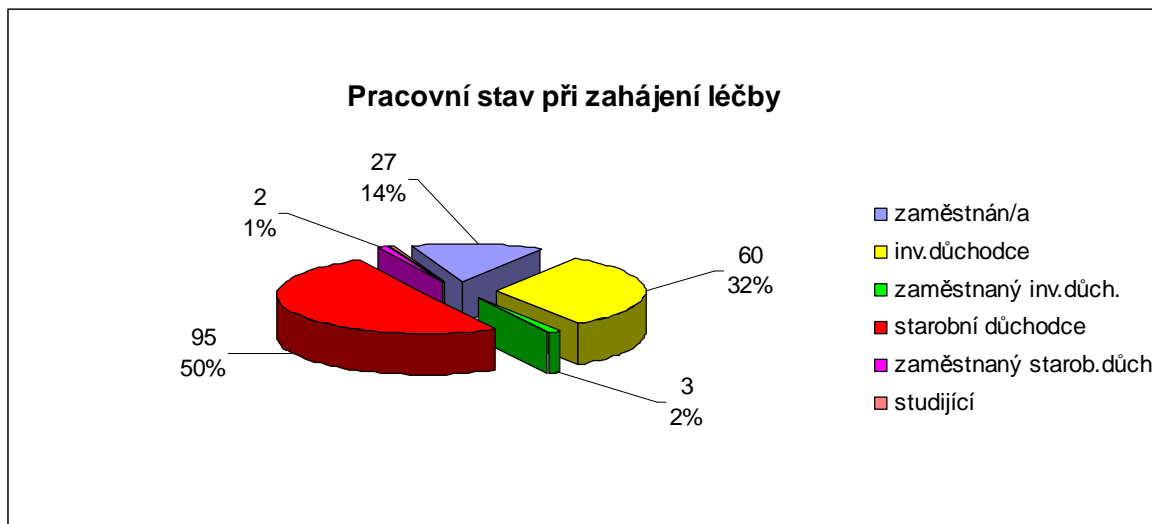
Na otázku neodpovědělo 10 respondentů.

Nejvíce respondentů má učňovské vzdělání.

### Otázka č.1.6

#### Stav při zahájení léčby:

Graf č.1.6 Pracovní stav při zahájení léčby



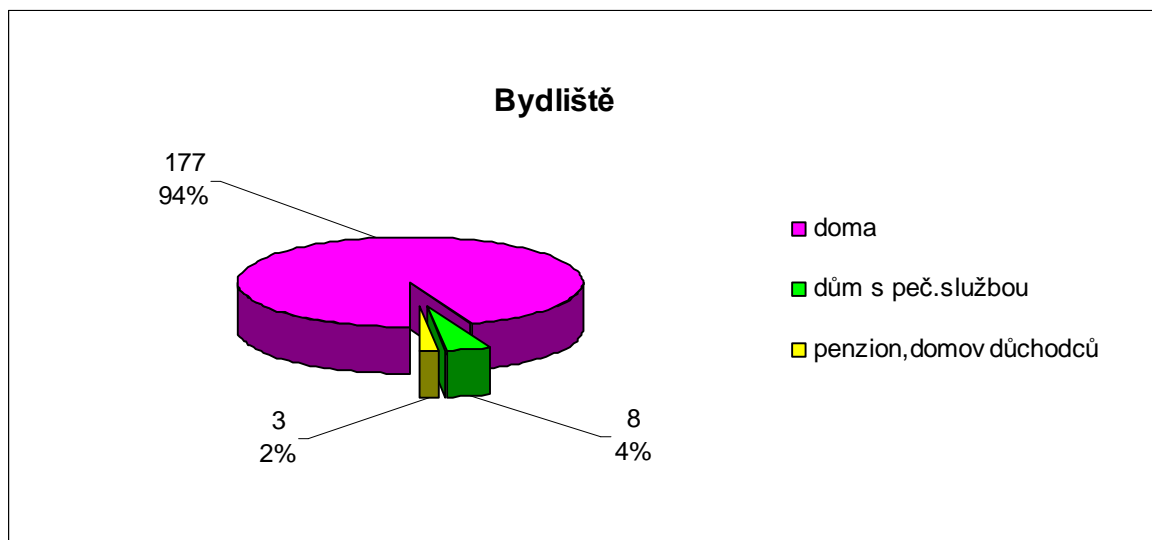
Z grafu č.1.6 vyplývá, že před zahájením léčby bylo 14% ( 27 ) respondentů v zaměstnaneckém poměru, 32% ( 60 ) bylo v invalidním důchodu, 2% ( 3 ) zaměstnaných invalidních důchodců, 50% ( 95 ) bylo ve starobním důchodu, z toho 1% ( 2 ) byly zaměstnaní starobní důchodci. Studující byl 1, na grafu se toto množství nezobrazilo.

V době vstupu na dialýzu bylo 50% respondentů ve starobním důchodu.

### Otázka č.1.7

#### Bydliště:

Graf č.1.7 Bydliště



#### Komentář:

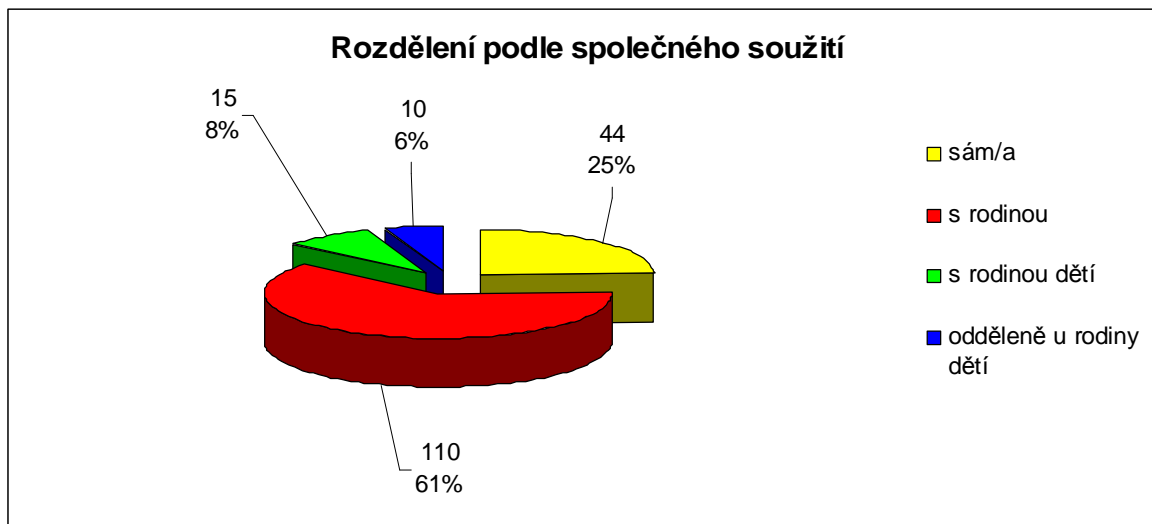
Dle grafu č.1.7 94% ( 177 ) respondentů bydlí v domácím prostředí, 4% ( 8 ) v domě s pečovatelskou službou a 2% ( 3 ) v penzionu či domově důchodců.

Člověku je vždy dobře v domácím prostředí. Je rozdíl ale mezi domkem a sídlištním bytem, kde není taková pravděpodobnost fyzické zátěže ( např. topení na pevné palivo...atd.). Respondenti jsou ve větší míře ve starobním a invalidním důchodu. Pokud žijí sami, a nepředpokládám, že jsou věkově nejmladší ( čtvrtina všech uvedla, že žije sama ), myslím, že je pro ně zatěžující si vše obstarat. Myslím, že pobyt v domě pečovatelské služby nebo penzionu může být pro ně výhodný.

### Otázka č.1.8

**Žiji:**

Graf č.1.8 Rozdělení podle společného soužití



### Komentář:

Z grafu č.1.8 vyplývá, že 61% ( 110 ) respondentů bydlí se svou rodinou, 25% ( 44 ) bydlí sami, 8% ( 15 ) bydlí s rodinou dětí a 6% ( 10 ) bydlí odděleně u rodiny svých dětí.

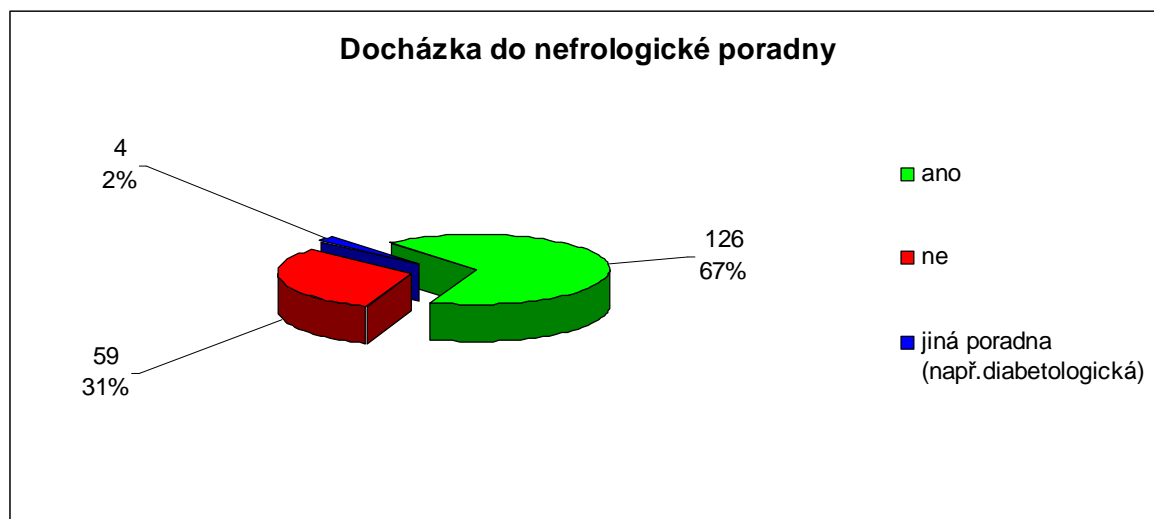
Na otázku neodpovědělo 9 respondentů.

Z otázky vyplývá sociální zázemí respondentů.

### Otázka č.1.9

#### Docházel/a jste do nefrologické poradny?

Graf č.1.9 Docházka do nefrologické poradny



#### Komentář:

V grafu č.1.9 je uvedeno, že 67% ( 126 ) respondentů před zahájením dialyzační léčby docházelo do nefrologické poradny, 31% ( 59 ) nedocházelo do nefrologické poradny. 3 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Ze 126 pacientů jich 14 uvedlo, že docházeli také do jiné odborné poradny. Jednalo se o poradnu diabetologickou ( 7 ), kardiologickou ( 1 ), revmatologickou ( 1 ), neurologickou ( 1 ), urologickou ( 1 ), ortopedickou ( 1 ). 2 pacienti uvedli jinou odbornou poradnu bez specifikace.

Očekávala jsem větší počet respondentů, kteří se objeví současně v docházce do diabetologické poradny. Celosvětově se uvádí nárůst diabetických pacientů na prevalenci chronického selhání ledvin. I na našich dialyzačních střediscích se léčí velké množství diabetických pacientů. Vzorek pacientů byl vybrán náhodně, muselo by se zřejmě jednat o širší záběr mezi hemodialyzovanou populaci abychom mohli toto validně posoudit.

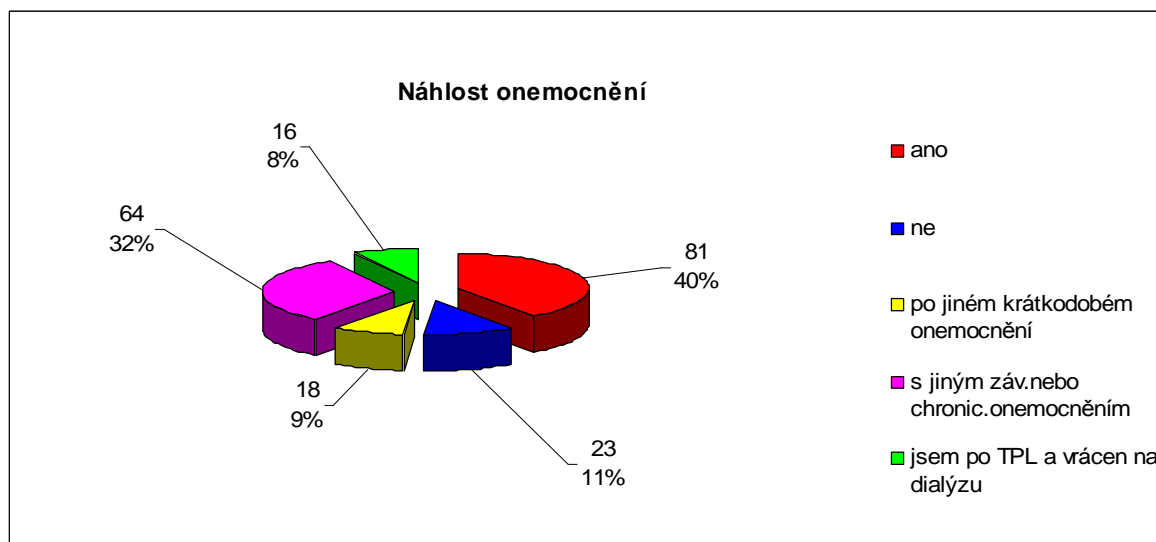
Na otázku délky docházky do nefrologické poradny neodpověděli všichni respondenti. Z uvedených odpovědí nejkratší doba byla 2 týdny a nejdelší 35 let. Nejčastěji se délka docházky v uvedených odpovědích pohybovala v rozmezí 1 – 10 let.

Nevím, proč někteří neodpověděli jak dlouho docházeli do nefrologické poradny. Nepamatují si či nechtěli odpovědět?

### Otázka č.1.10

#### Onemocnění ledvin se objevilo náhle:

Graf č.1.10 Náhlost onemocnění



#### Komentář:

Z grafu č.1.10 vyplývá, že u 41% ( 81 ) respondentů se onemocnění ledvin objevilo náhle, u 9% ( 18 ) se objevilo po jiném krátkodobém onemocnění, ve 32% ( 64 ) je udáno s jiným závažným nebo chronickým onemocněním. 11% ( 23 ) respondentů udává, že se jejich onemocnění neobjevilo náhle a 8% ( 16 ) bylo po transplantaci a vrátilo se zpět do hemodialyzačního léčení.

35 pacientů uvedlo, že se jejich onemocnění ledvin objevilo při hospitalizaci s jiným onemocněním.

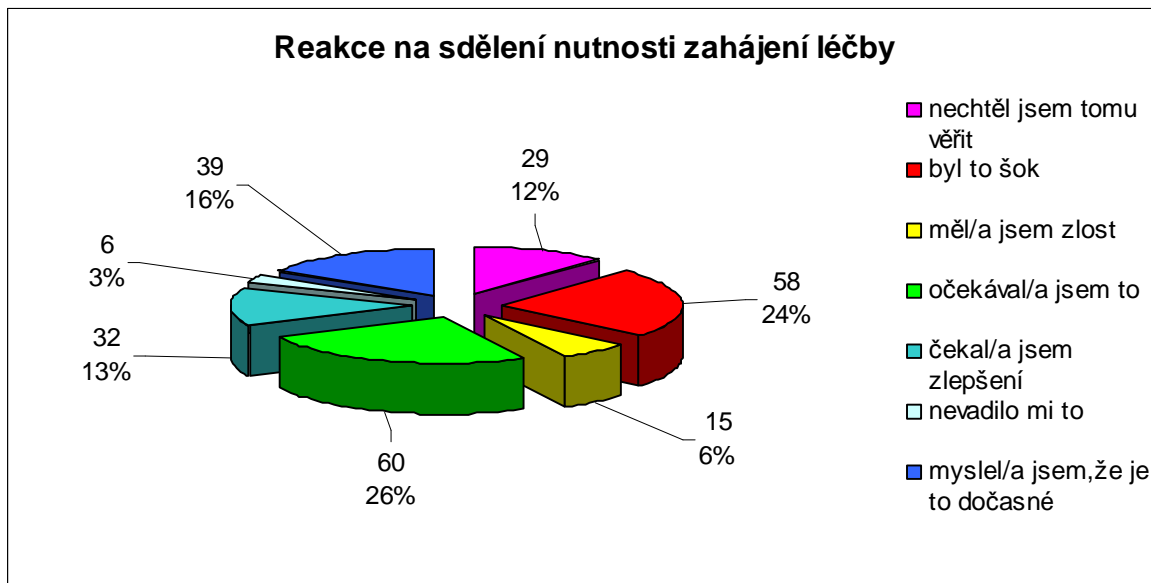
Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti a 14 z nich odpovědělo současně dvěma odpověďmi v kombinaci ano – po jiném krátkodobém onemocnění a ano – s jiným závažným nebo chronickým onemocněním.

Ve 40% uvedli respondenti, že jejich onemocnění vzniklo náhle. Oproti tomu uvádějí, že 67% z nich docházelo do nefrologické poradny. Délku docházky ( pokud uvedli ) napsali od dvou týdnů, přes několik málo měsíců do jednoho roku až po délku mnoha let. Je možno uvažovat co je bráno jako náhle, několik týdnů, či měsíců?

### Otázka č.1.11

Když jsem se dozvěděl/a, že musím chodit na dialýzu:

Graf č.1.12 Reakce na sdělení nutnosti zahájení léčby



### Komentář:

Z grafu č.1.12 vyplývá, že nejvyšší procento reakcí bylo ve 26% očekával/a jsem to, ve 24% bylo to šok, ve 12% nechtěl/a jsem tomu věřit, v 6% měl/a jsem zlost, ve 3% nevedlo mi to, ve 13% čekal/a jsem zlepšení, v 16% myslel/a jsem, že je to dočasné řešení.

Nemocný, který spojuje svůj život navždy a nerozlučně s přístrojem, musí bezpečně, jasně a zřetelně vědět, jaká je jeho situace. ( Haškovcová, H., 1985, s.53 )

V návaznosti na výsledky grafu č.1.11 ( s. ), kdy bylo uvedeno, že u nejvíce respondentů, se onemocnění ledvin objevilo náhle, očekávala jsem nejvíce odpovědi v oblasti „byl to šok“ a „nechtěl/a jsem tomu věřit“. Situace se může lišit od pacienta k pacientovi. Ale obecně, pokud se selhání ledvin vyvinulo rychle, nebyl čas na jakékoliv přípravy. U řady lidí dojde v takové situaci k šokové reakci. Vzniká stresová hrozná situace, která naruší pacientův pocit osobního bezpečí a životních jistot.

Elizabeth Kübler-Ross popisuje ve své dnes již klasické křivce psychické odezvy na příchod a rozvoj nevyléčitelné nemoci jako první stadium „šok“. „Proč se to stalo?“, „Proč právě mě?“, „Proč právě teď?“. Jsou to běžné výroky, kteří se náhle ocitli v roli vážně nemocných.

Vede to k „*popření*“ faktu nemoci, k „*izolaci*“. Běžné výroky jsou „*To nemůže být pravda*“, „*Jistě se jedná o omyl*“, „*Určitě se to nějak vysvětlí*“. Vede to k období „*zloby a hněvu*“.

Někteří nemocní ve fázi chronického selhání ledvin se mohou cítit „uštívání nemocí“. Jsou malátní, unavení, s řadou fyzických obtíží. Zařazení do dialyzačního programu, napojení na přístroj a zahájená léčba jim může viditelně zlepšit fyzický i psychický stav. Je uplatňována zásada zařazovat nemocné do dialyzačního programu včas, kdy jsou ještě relativně v dobré kondici. ( Haškovcová, H., 1985, s.107 ).

Je výhodou, když pacient je dispenzarizován v nefrologické ambulanci, aby se zabránilo rozvinutí uremického syndromu. Domnívám se, že je takovýto pacient řádně informován o povaze a případném zhoršování svého onemocnění a postupně psychicky připravován na zařazení do dialyzační léčby. 67% dotázaných respondentů potvrdilo léčbu v nefrologické ambulanci. Myslím, že takto připravení pacienti jsou na vstup do dialyzačního léčení „lépe“ připraveni a „*očekávají to*“.

Pacientův zdravotní stav těsně před zařazením do dialyzačního programu si myslím, že také koreluje s výsledkem v tomto grafu „*očekával/a jsem zlepšení*“. Jak jsem již napsala výše, je co největší snahou dnes zařadit pacienta do léčby v ještě relativně co nejlepším zdravotním stavu.

Výrok, „*myslel/a jsem, že to bude jen dočasné*“, může být výrazem popření, kdy nemocný odmítá uznat pravdivost situace, domnívá se, že bude zase zdrav. Domnívám se, že to může být jako obrana na jeho udržení sebepojetí.

Myslím, že další oblastí diskutovanosti se může stát náhlost ledvinného onemocnění, nutnost dialyzační procedury, informovanost pacienta o budoucím průběhu onemocnění.

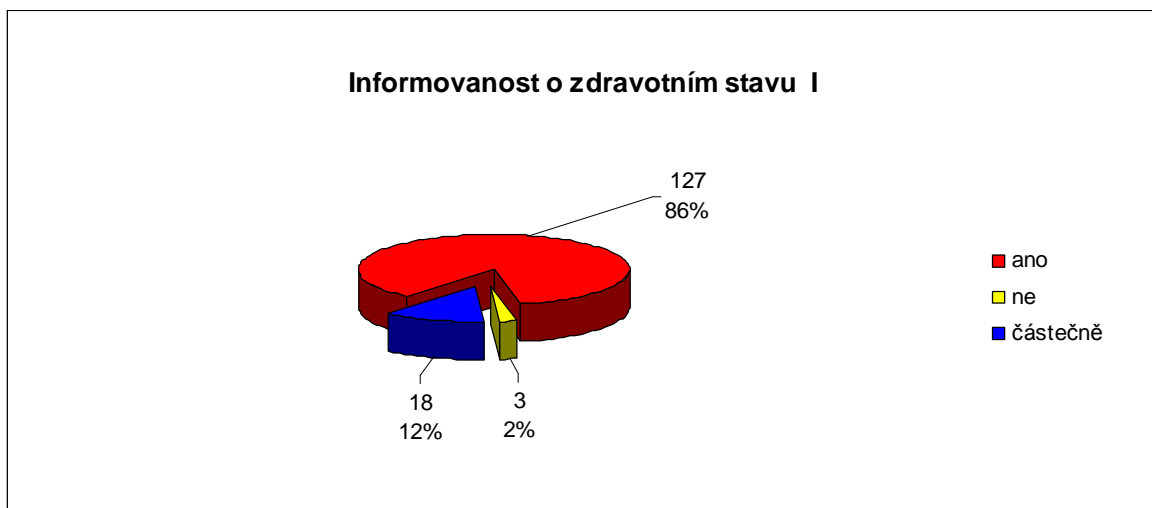
Překvapilo mne, že pacienti uvažovali o dočasnosti své léčby v takto velkém měřítku všech odpovědí.



### Otázka č.1.12

**Byl/a jsem plně informován/a o svém zdravotním stavu:**

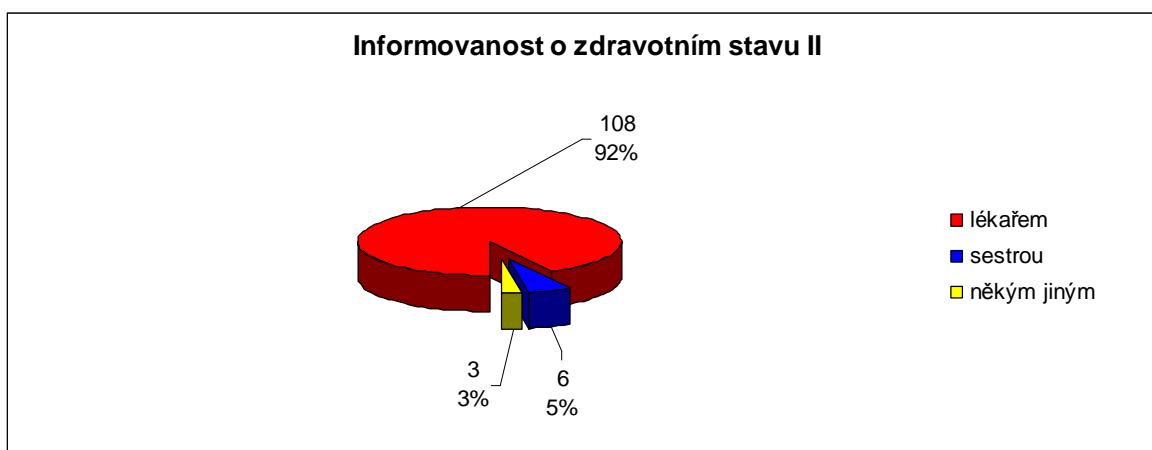
Graf č.1.12.1 Informovanost o zdravotním stavu I



V grafu č.1.12.1 jsem chtěla poukázat na informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu před zařazením do dialyzačního léčení.

86% ( 127 ) respondentů bylo informováno, 2% ( 3 ) nebyli informováni, 12% ( 18 ) respondentů tvrdí, že byli informováni částečně. 40 respondentů zde neodpovědělo.

Graf č.1.12.2 Informovanost o zdravotním stavu II



### Komentář:

Z grafu 1.12.2 vyplývá kým byli respondenti informováni. 92% ( 108 ) respondentů bylo

informováno lékařem, 5% ( 6 ) bylo informováno sestrou a 3% ( 3 ) byly informovány někým jiným. Jeden pacient napsal, že se informoval na internetových stránkách a v odborné literatuře, kterou si sám sehnal.

Na tuto část otázky neodpověděli tak jako v předešlé části všichni respondenti. 71 respondentů zde neuvedlo odpověď.

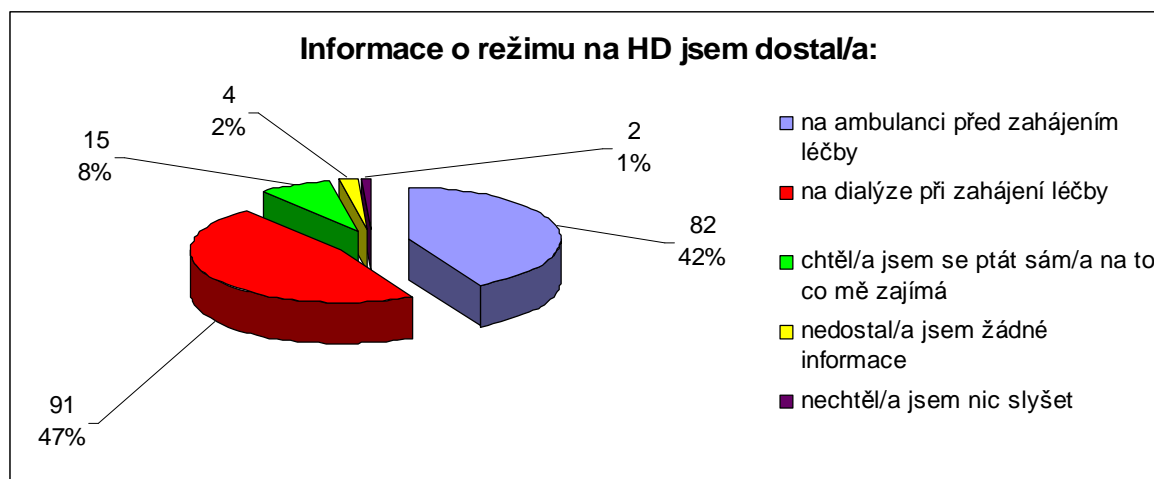
Informovat pacienta o zdravotním stavu má lékař. Otázkou je proč 9 pacientů nebylo informováno lékařem.

Na otázku informovanosti o zdravotním stavu oproti ostatním otázkám odpovědělo podstatně méně respondentů. Na obě otázky odpovědělo velmi málo respondentů. Proč? Nechtějí se o tom bavit? Jsou informace pro ně příliš odborné a nerozuměli jim? Pokud nechodili do poradny, splývají jim podané informace při náhlém selhání s informacemi podanými ohledně dialyzačního režimu ...atd.?

### Otázka č.1.13

**Informace o režimu na HD, dietním omezení, pitném režimu / edukace / jsem dostal/a:**

Graf č.1.13 Informace o režimu na HD jsem dostal/a:



### Komentář:

Z grafu č.1.13 vyplývá, že nejčastější podávání informací o režimu na HD u našich respondentů bylo uskutečňováno na dialýze při zahájení léčby. 4 respondenti uvedli, že dostali informace na dialýze při zahájení léčby a současně se chtěli ptát sami, 2 respondenti, uvedli, že dostali informace na ambulanci před zahájením léčby a současně se také chtěli ptát sami.

Pacient a jeho rodina by měli být informováni, vzděláváni a školeni. Měla by tím být zabezpečena nezávislost pacienta.

V grafu č.1.9 ( s.37 ) uvedlo 31% respondentů, že nedocházeli do nefrologické poradny a v následujícím grafu č.1.10 ( s.38) 40% respondentů uvedlo, že se jejich onemocnění objevilo náhle. Domnívám se, že toto může korelovat s podáváním prvních informací ( dietních, pitném režimu ...atd. ) přímo na dialýze při zahájení léčby.

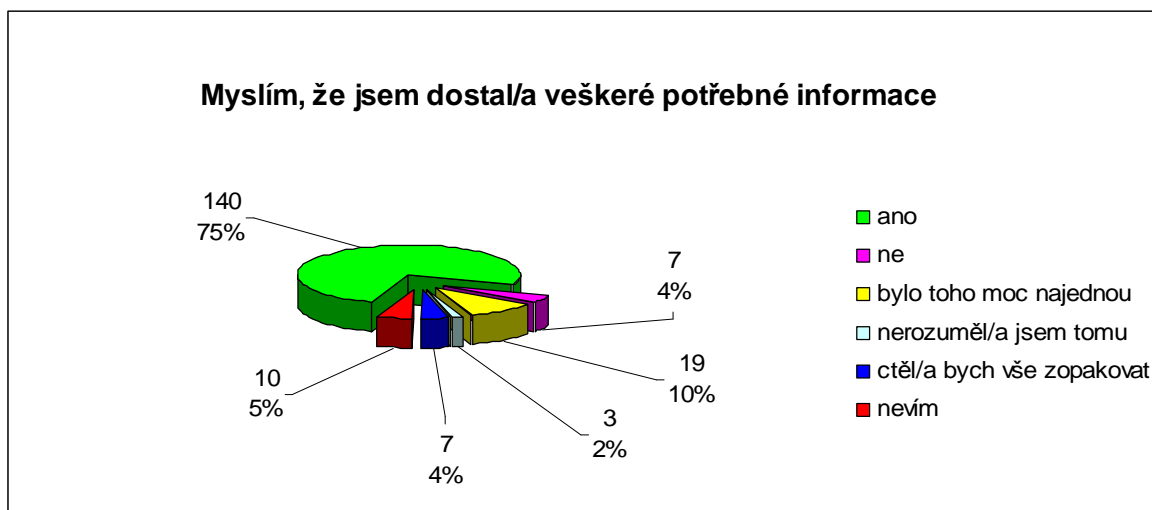
Čtyři respondenti uvedli, že nedostali žádné informace. Jak je již uvedeno výše, pacient a jeho rodina mají právo být informováni, vzděláváni a proškoleni ohledně potřebných režimů a postupů.

Dva respondenti uvedli, že „nechtěli nic slyšet“. Domnívám se, že se může jednat o příznaky popření, kdy pacient se uzavírá informacím, popírá realitu situace, používá obranné mechanismy. Důležité je získání důvěry pacienta a postupným pozitivním postojem na něho působit.

### Otázka č.1.14

#### Myslím, že jsem dostal/a všechny potřebné informace

Graf č.1.14 Myslím, že jsem dostal/a veškeré potřebné informace



#### Komentář:

Z grafu č.1.14 vyplývá, že 75% ( 140 ) respondentů je spokojeno s poskytnutím potřebných informací. 4% ( 7 ) s poskytnutím informací nejsou spokojeni. V 10% ( 19 ) respondenti uvádějí, že všeho bylo moc najednou. Ve 2% ( 3 ) nebylo poskytnutým informacím porozuměno. 4% ( 7 ) respondentů by chtěla vše zopakovat a 5% ( 10 ) respondentů neví, zda dostali veškeré potřebné informace.

Tuto otázku nezodpověděli 2 respondenti.

Informovanost pacienta je velmi důležitá pro dobrou spolupráci s ošetřujícím personálem. Dobrou informovaností se odstraní nejistota a případné pokoutné shánění. Zabráníme rozvoji nedůvěry do budoucna a lepší zapojení do léčby.

Juliet Auerová, vedoucí odboru podpory pacientů v Churchill Hospital, Oxford, doporučuje účast ve skupinové edukaci, kde budou pacienti, příbuzní i ošetřující personál. Skupinový přístup by měl dávat možnost sdílet informace a nabídnout podporu a radu v době, kdy se mnohým pacientům zdá, že ztrácejí kontrolu nad svým vlastním životem. Dobrým vidím sdělování diagnózy chronického selhání ledvin s výhlednou nutností dialýzy již v predialyzačním období, aby toto meziobdobí dalo čas na kvalitní přípravu pacienta. Může se tím výrazně ovlivnit i budoucí úspěch léčby, kterou můžeme pacientovi nabídnout.

Ze své praxe mohu jen uvést, že nemám zkušenosti se skupinovou edukací pacientů. Jedna respondentka uvedla, že jejich dialyzační středisko koná setkání pro pacienty, kde jsou

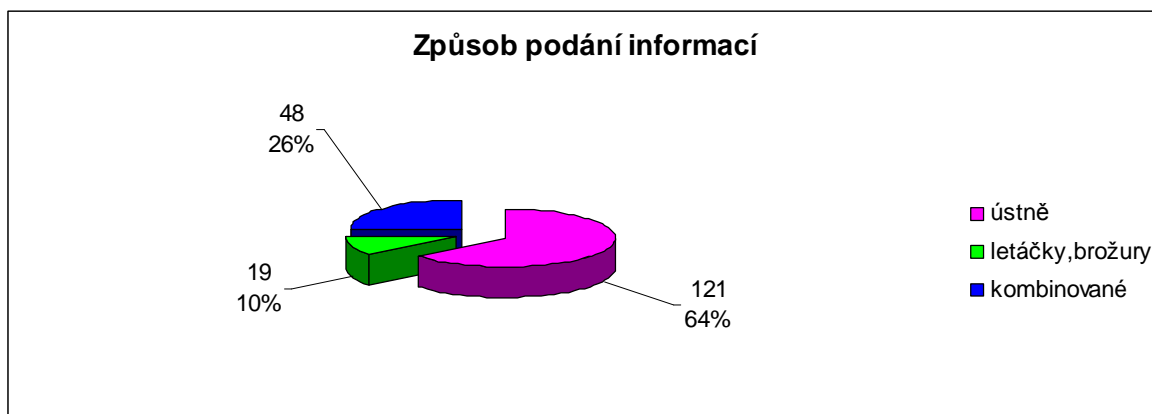
jim předávány informace od odborného personálu a sami si mohou vyměnit zkušenosti mezi sebou. Schopnost sdílet problém je často prvním krokem v adaptačním procesu. Jedním z úspěchů edukačních sezení je to, že dostanou pacienti příležitost podělit se o své obavy, nejistotu a očekávání s ostatními, kteří byli nebo právě jsou ve stejné situaci. Jsou pak schopni se lépe rozhodovat a to jim částečně vrací ztracenou kontrolu nad životem.

10% respondentů uvedlo, že toho bylo moc najednou. Téměř polovina respondentů uvedla, že byli informováni při zahájení léčby. Současně s vnímáním informací jsou ovlivňováni mnoha fyzickými stresory (bolest, nauzea, hypotenze...). Další odpovědi typu nerozuměl jsem, chci zopakovat, nevím, nás nutí k tomu, abychom řádně zhodnotili pacientovy kognitivní funkce a podali informace tak, aby je pochopil. Je nutná pravidelná kontrola mezi edukacemi, jak pacient pochopil a zažil informace.

### Otázka č.1.15

#### Vyhovovalo mi podání:

Graf č.1.15 Způsob podání informací



Z grafu č.1.15 vyplývá, že 64% ( 121 ) respondentů vyhovuje nejlépe ústní podání informací, 10% ( 19 ) vyhovuje informovanost pomocí letáčků a brožur a 26% ( 48 ) respondentů chce kombinovaný způsob.

Nejvíce pacientů preferuje ústní podání informací. Je možnost ihned konzultovat nepochopené záležitosti.

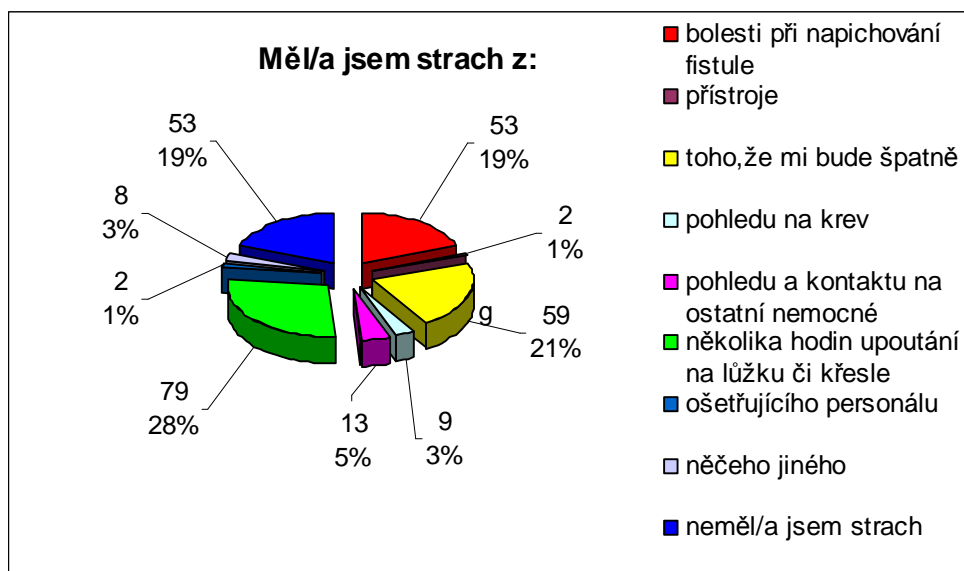
Domnívám se, že pacient má zájem, aby s ním někdo hovořil a zajímal se o něho, proto preferuje ústní podání informací.

Z vlastní praxe jsem nabyla dojem, že pacientům lépe vyhovuje tisková forma informací a po přečtení se sami dále dotazují na nepochopené záležitosti. Tento výsledek mě poněkud překvapil. Mám zkušenost, že pacient po čase zapomene ústní jednorázové informace a je nutné soustavně pacienty edukovat jako „obehraná deska“.

### Otázka č. 1.16

#### Měl/a jsem strach z:

Graf č.1.16 Měl/a jsem strach z:



#### Komentář:

V grafu č.1.16 bylo možno zaškrtnout i více odpovědí.

Sestupně seřazeno mají strach respondenti z: několika hodin upoutání na lůžko

- toho, že mi bude špatně
- bolesti při napichování fistule
- pohledu a kontaktu na ostatní nemocné
- pohledu na krev, něčeho jiného
- přístroje, ošetřujícího personálu

Velké procento samostatných odpovědí bylo, že jsem neměl/a strach. Dala bych to do souvislosti s otázkou č.1.11 ( s. ), kde na sdělení nutnosti léčby nejvíce odpovědí bylo „očekával/a jsem to“. Léčba a příprava v nefrologické poradně a pravdivá informovanost.

Očekávala jsem, že nejvíce odpovědí se bude týkat strachu z bolesti při napichování fistule. Někteří pacienti jsou zařazeni do dialyzačního programu náhle a nemají našitý či ještě rozvinutý vnitřní arteriovenózní shunt a jsou dialyzováni přes zavedený dialyzační katetr ( nejčastěji ve v. subclavia nebo ve v. jugularis interna ).

Je pravdou, že se pacienti často hrozí toho, že „tady musím tak dlouho ležet“. A pronášejí výroky „To tady musím být tak dlouho?“, „Ale to mi nikdo neřekl“, „ To já nevydržím“. Poslední hodina procedury se jim nepředstavitelně vleče.

Mají strach, že jim bude špatně. Na veřejnosti, před cizími lidmi, nebudou schopni se o sebe sami postarat, budou odkázáni na pomoc ošetřujícího personálu. Hypotenze, nauzea, vomitus, svědivka a další nepříjemné stavy znepríjemňují nemocným někdy život na dialýze. Často přicházejí s tím „že jim bylo posledně špatně a určitě jim bude znova zase“. Prožívají hrůzu a čekají, kdy to zase nastane.

„Vadí mi se dívat na někoho vedle mne, komu je špatně“, napsala jedna pacientka. Pohled na krev je nepříjemný mnoha pacientům a odvracejí své zraky jinam. Ve dvou případech byly uvedeny jiné důvody, ale nebyly specifikovány.

Strach z personálu a z přístroje byl uveden v 1%. V dnešní době je přístrojové vybavení pro léčebnou proceduru velmi bezpečné a zajištění ošetrovatelské péče kontinuální během celé léčby.

Nejvíce pacientům vadilo upoutání na několik hodin na lůžko či křeslo. Budou upoutáni a vlastně budou v ten čas ne plně soběstační.

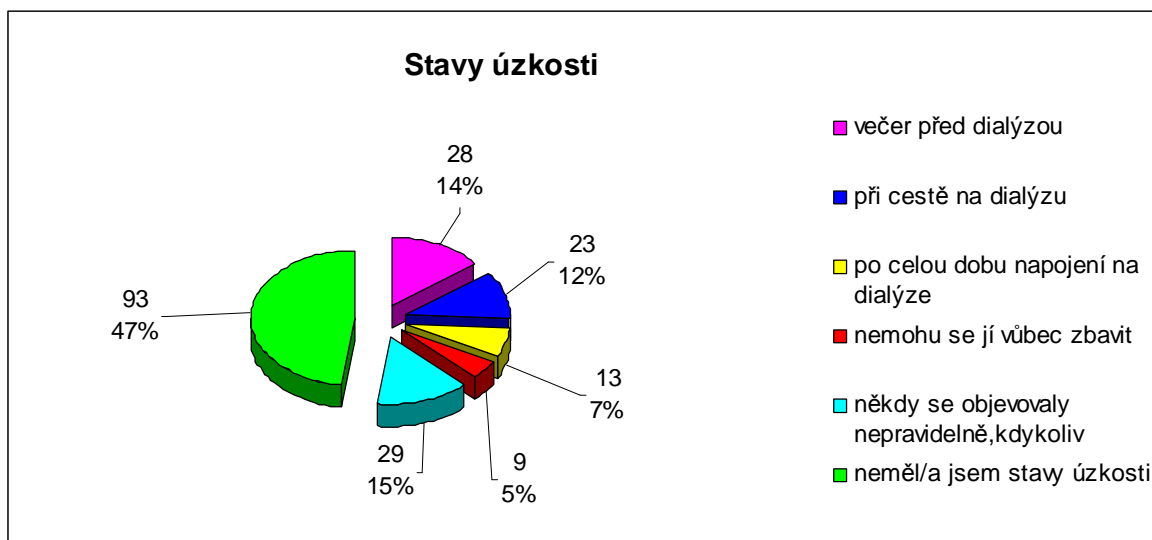
V souvislosti s obavami, které uvedli pacienti, byly na druhém místě uvedeny obavy z časové ztráty dialyzační procedurou, kterou by mohli strávit se svou rodinou.



### Otázka č.1.17

#### Prožíval/a jsem stavy úzkosti

Graf č.1.17



#### Komentář:

Z grafu č.1.17 vyplývá že asi polovina respondentů stavy úzkosti nepocítuje a polovina stavy úzkosti pocítuje. Musím podotknout, že 7 respondentů uvedlo dvě zkombinované odpovědi na kladný pocit úzkosti.

Pocíťované pocity úzkosti jsou téměř množstvím shodně večer před dialýzou a objevují se nepravidelně kdykoliv. Dále jsou při cestě na dialýzu, po celou dobu dialýzy a v 9 případech uvádějí respondenti, že se úzkosti nemohou vůbec zbavit.

Na hemodialýze je velké množství nejistoty a nepředvídatelných událostí. Většina pacientů zvládá úzkost pomocí obranných mechanismů. Pokud nefungují, může dojít k manifestaci až ve formě deprese nebo agresivního jednání.

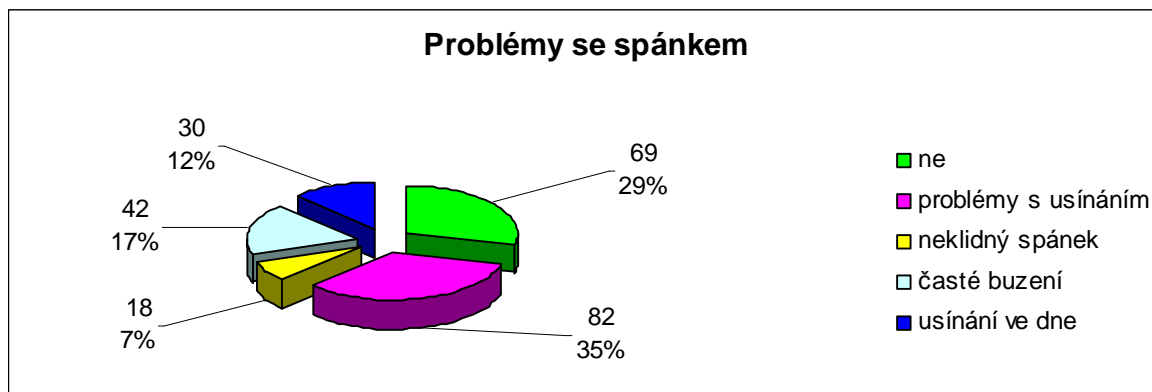
Jelikož úzkost bývá jedním z nejčastějších pocitů dialyzovaných pacientů, nepřekvapily mě výsledky šetření.

Mnohdy je úzkost právě spojená s určitými úseky, tak jako večer před dialýzou, nebo cestou na dialýzu. Po zahájení procedury mnohdy zmizí. U 15% se objevují kdykoliv a 5% respondentů se jí nemůže vůbec zbavit. Mohlo by to svědčit o tom, že nemocní nejsou vybaveni dobře fungujícími obrannými mechanismy, které by je chránily před nadměrnou úzkostí. Možnost psychologické odborné podpory by určitě byla na místě.

### Otázka č.1.18

#### Měl/a jste nějaké potíže se spánkem?

Graf č.1.18 Problémy se spánkem



#### Komentář:

Z grafu č.1.18 vyplývá, že 69 respondentů odpovědělo, že neměli žádné problémy se spánkem.

Kladná odpověď je rozdělena na specifikování problémů. V této otázce 53 respondentů uvedlo více než jeden problém se spánkem.

Moje výsledky ukazují, že nevíce si respondenti stěžovali na potíže s usínáním. Dále bylo časté buzení v noci, usínání ve dne a neklidný spánek.

Řada dialyzovaných nemocných má problémy se spánkem. Poruchy se spánkem mohou souviset jednak s psychickými obtížemi pacienta ( úzkost, strach, deprese ), nebo mohou nastat i v důsledku komplikací, které dialyzační léčba způsobuje ( únava, nedostatek energie, svědění kůže, křeče ).

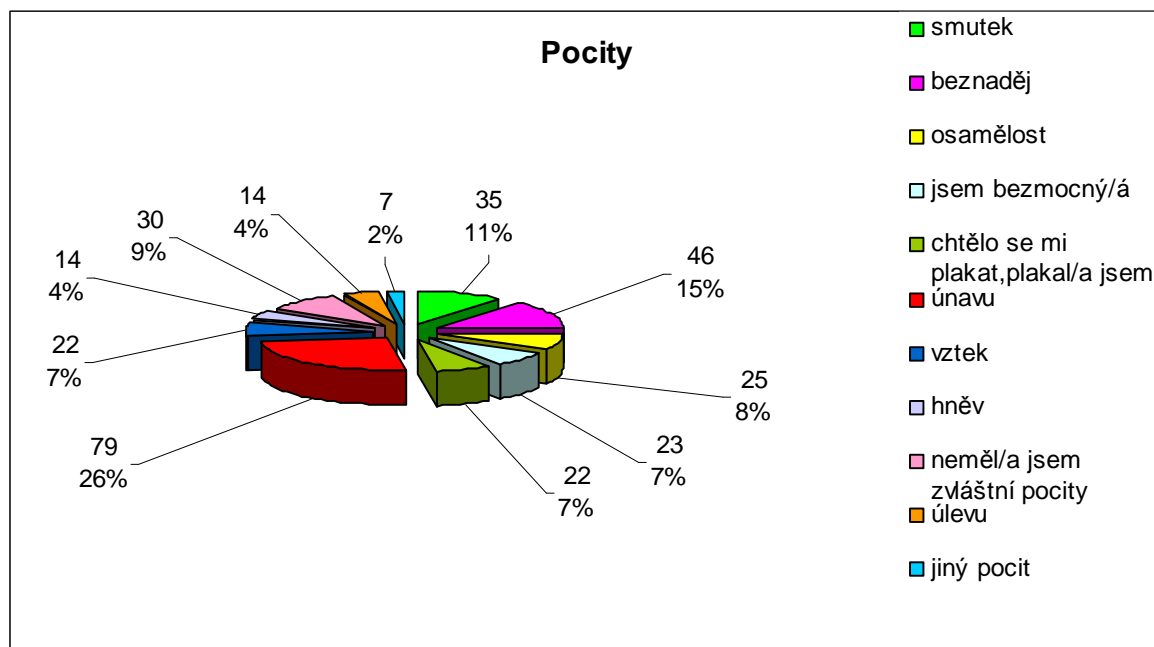
Dle Honzáka jsou nejčastější příčinou zhoršeného usínání konfliktní a stresové situace, nadměrná zátěž bez relaxace. Uvádí, že úzkostní pacienti mají problémy s usínáním, zatím co depresivní pacienti mají neklidný spánek, budí se v noci, nejčastěji po půlnoci a k ránu.

Skupina nemocných, která uvedla, že nemá problémy se spánkem tvoří téměř třetinu respondentů. Dalo by se srovnat s předešlou odpovědí, kde uvedlo 47% respondentů, že netrpělo úzkostí.

### Otázka č.1.19

Pociťoval/a jsem:

Graf č.1.19 Pocity



### Komentář:

V grafu č.1.19 bylo možno zaškrtnout více odpovědí. Seřadila jsem je sestupně.

- únava (26%)
- beznaděj (15%)
- smutek (11%)
- neměl/a jsem zvláštní pocity (9%)
- osamělost (8%)
- vztek (7%), jsem bezmocný/8 (7%), chtělo se mi plakat, plakal/a jsem (7%)
- hněv (4%), úleva (4%)
- jiný pocit (2%)

Nejčastěji se objevovala kombinace únava – úleva.

Vysoká míra psychického stresu, fyzická zátěž organismus velmi vysiluje. Pacienti zákonitě pociťují únavu. Je také uvedena jako nejčastější pocit.

Dále naši respondenti pociťují beznaděj, u starších lidí to může být beznaděj z toho co bude.

Smutek , beznaděj, bezmocnost mohou být u pacientů příznakem deprese. Ta nemusí být dlouho rozpoznána. V těchto prožitcích zbavuje člověka z potěšení ze života, neuspokojuje ho vztahy s blízkými a vede ho to k sociální izolaci, k osamělosti. Současně s tím si mohou pacienti stěžovat na nespavost, nechutenství, únavu. Může to vést k ovlivnění samotného dialyzačního efektu. Je uchováván život nemocného, ale pro něj se zdá být nesnesitelný. Je tady možná podpora ze strany personálu ( porozumění, povzbuzení, pochvala ). U těžkých stavů je lepší ordinování psychofarmak lékařem.

Méně byl uveden hněv, vztek, emoce pláče. Agresivní výrazy patří k překonávání překážek. Hněv „*proč zrovna já*“, „*to je nespravedlnost*“, bývá normální reakcí. Někdy ji pacienti potlačují a někdy přímo vybuchnou. Vztek a hněv (7%) a (4%) mohu porovnat se stavem zlosti při zjištění nutnosti chodit na dialýzu (6%) a věřit tomuto zjištění nechtělo (12%) celkových odpovědí.

Nejvíce bylo odpovědí, které by podle mne spíše svědčily o možnostech depresivních stavů u respondentů.

Agresivní pocity mělo podstatně méně respondentů. Mohlo by to být i tím, že téměř třetina respondentů uvedla, že nutnost dialyzačního léčení očekávala.

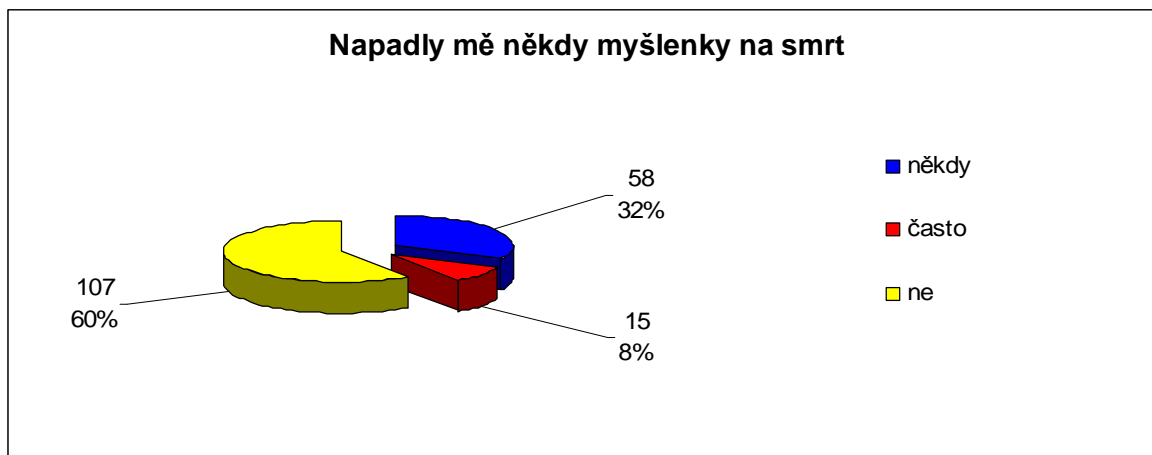
Emoce pláče jsou uvedeny v 7%. Mohla bych je uvést do souvislosti s pacienty, kteří uvádějí, že když se dozvěděli, že musí chodit na dialýzu, byl to pro ně šok. V celkových odpovědích to bylo 6%.

Kombinaci pocitů únava s úlevou bych se pokusila charakterizovat tím, že v začátku dialyzační léčby může pacient pociťovat vysvobození od uremických příznaků. „ *Konečně se něco děje a myslím, že mi bude lépe*“. V souvislosti s tím chci uvést, že 13% odpovědí na nutnost začít chodit na dialýzu byl „*myslím, že se můj zdravotní stav zlepší*“.

## Otázka č..20

### Napadly mě myšlenky na smrt

Graf č.1.20



#### Komentář:

Z grafu č.1.20 vyplývá, že 60% (107) respondentů myšlenky na smrt nenapadly, 32% (58) napadly někdy a 8% (15) napadly často. 8 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Pacienti žijí na pomezí mezi životem a smrtí, mají smrt jakoby na dosah. Působí to na ně obrovskou tíhou. Ani pacientovi nejbližší neví jestli se jejich nemocný vrátí z dialýzy. Napětí je také pro ně. Pacient to může vnímat jako svou vinu, že se jeho blízcí kvůli němu trápí. *“Kdybych tady nebyl, měli by aspoň pokoj”* je výrok jednoho z nich.

Velmi záleží na sociálním zázemí a partnerských vztazích. Všeobecná informovanost a společná snaha překonávání komplikací.

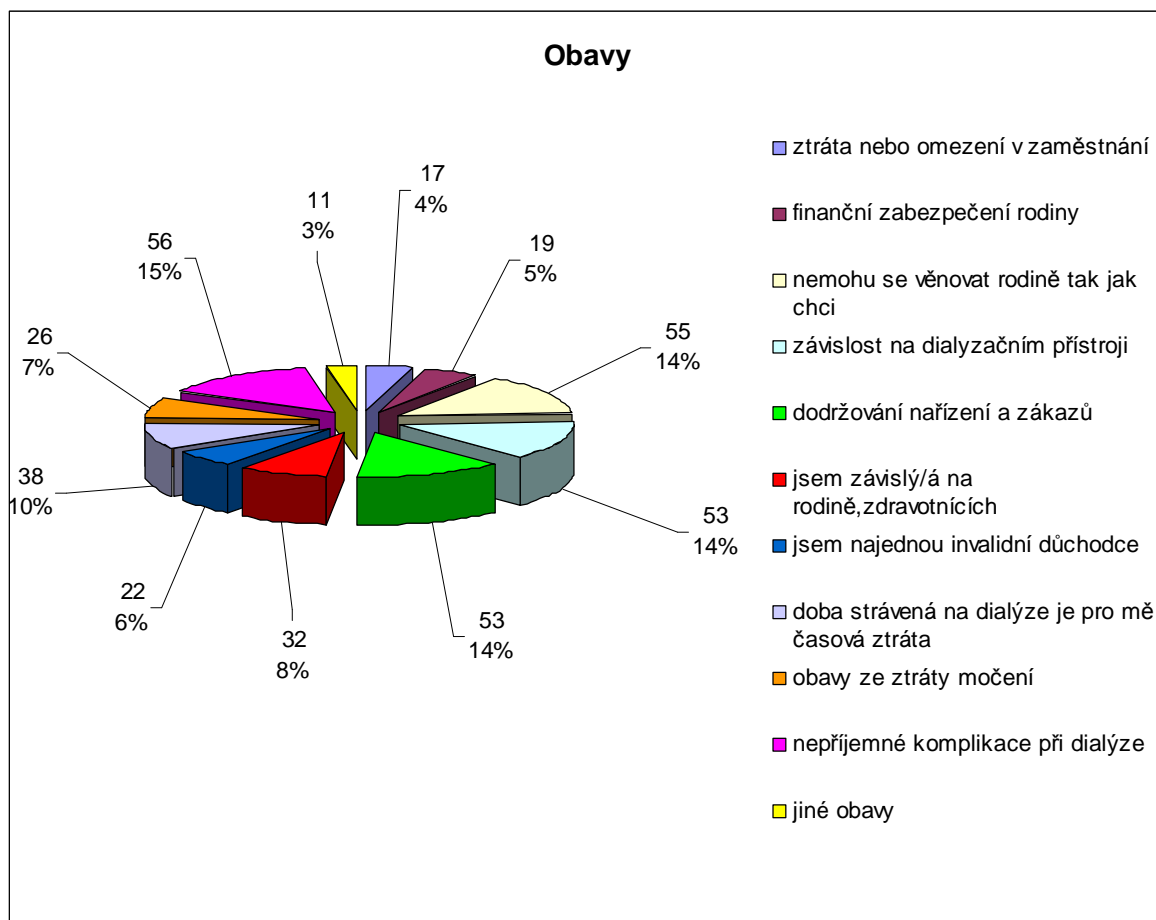
Závislost na přístroji může být někdy tak obrovským stresem, že sníží hodnotu nezávislého života a může vést k depresím, agresi, sebepoškozování, suicidu.

Není málo 8% respondentů, kteří udávají, že mysleli na smrt často. Je zde potřeba psychické intervence ze strany personálu a doporučení k dalšímu pohovoru lékařem, psychologem, psychiatrem nebo psychoterapeutem.

### Otázka č.1.21

Trápily mě obavy z:

Graf č.1.21 Obavy



### Komentář:

V grafu č.1.21 bylo možno zaškrtnout více odpovědí.

Seřazeno sestupně podle počtu odpovědí.

- nepříjemné komplikace při dialýze (15%)
- nemohu se věnovat rodině, tak jak chci (14%)
- závislost na dialyzačním přístroji (14%)
- dodržování nařízení a zákazů (14%)
- doba strávená na dialýze je pro mě časová ztráta (10%)
- jsem závislý/á na rodině, zdravotnících (8%)
- obavy ze ztráty močení (7%)
- jsem najednou invalidní důchodce (6%)

- finanční zabezpečení rodiny (5%)
- ztráta nebo omezení v zaměstnání (4%)
- jiné obavy (3%)

Nejvíce byli zatěžováni respondenti obavami z komplikací na dialýze. Fyzické problémy, pociťování bolesti, komplikace s napichováním fistule, nevolnosti, křeče, hypotenze ..atd. Jsou to pro ně další a další stresory, se kterými se musí potýkat. Pokud se něco stane, mají obavu, aby příště to nebylo stejné.

Jsou 2x – 3x týdně vytrženi z domácího prostředí, 50% jich žije s rodinou. Většina z nich pociťuje po dialýze únavu a musí odpočívat, mají méně energie. Času, který mohou a jsou schopni plnohodnotně strávit se svými blízkými mnoho není.

Současně stejně je tíží závislost na přístroji, bez kterého by nemohli žít a dodržování různých nařízení a příkazů. Je to omezování jejich svobody a nezávislosti, nutnost podřízení se. Doposavad většinou byli nezávislí lidé.

Závislost na rodině či zdravotnících, nesoběstačnost, to jsou obavy, které mohou vést ke změně sebepojetí a sebehodnocení. Tíží méně respondentů. Někteří senioři již zřejmě jsou závislí na své rodině či dětech.

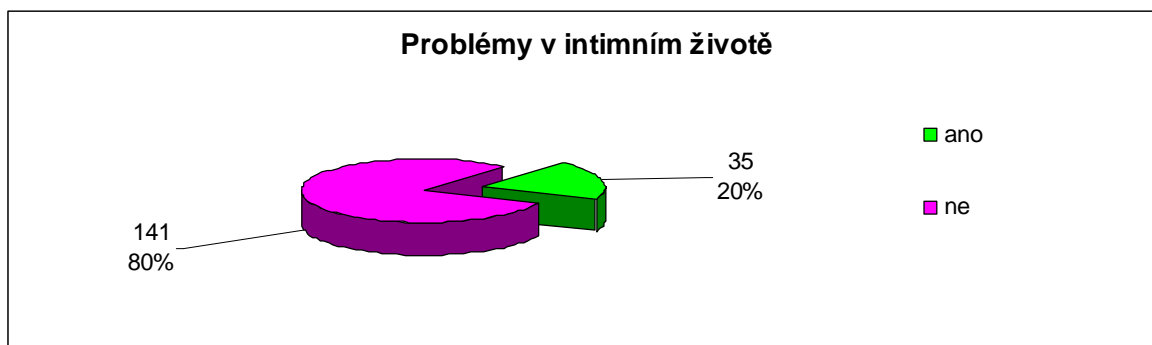
V podobném záběru jako obavy ze závislosti na někom se projevují obavy ze ztráty tělesných funkcí, např. močení. Tato obava se uvádí v litetuře jako velmi stresující, ale domnívám, se že díky věku, který je u oslovených pacientů, mohou mnozí, převážně spíše muži, mít již nějaké problémy, proto zde nevyplýnuly tak velké obavy ze ztráty tělesných funkcí.

Nejméně uvedených obav se týká invalidity, finančního zabezpečení rodiny, ztráty zaměstnání. 32% respondentů bylo na počátku léčení již invalidními důchodci a dalších 50% respondentů bylo ve starobním důchodu. Z toho usuzuji, že tyto obavy u nich nestojí již v takovém popředí jako předcházející.

### Otázka č.1.22

#### Měl/a jsem problémy v intimním životě

Graf č.1.22 Problémy v intimním životě



#### Komentář:

Z grafu č.1.22 vyplývá, že 80% (141) respondentů nemělo problémy v intimním životě a u 20% (35) respondentů se problémy vyskytly. 12 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Sexuální dysfunkce jsou běžnými komplikacemi spojenými s chronickým selháním ledvin. Sexualita je oblastí, které se mnoho zdravotníků vyhýbá, přesto je to problém, který dělá starosti spoustě pacientů. Problémy nastávají u mužů i u žen. Integrální součástí péče o pacienta by mělo být holistické hodnocení každého jednotlivce. To v sobě zahrnuje i hodnocení sexuálního zdraví.

Nejčastější otázkou je jak s pacienty tyhle otázky probrat a kdy je správný čas. Dobrá příprava pacientů i jejich partnerů v predialyzačním období může je informovat o tom, co mohou očekávat po zahájení léčby. U pacientů na dialýze, pokud je vhodné prostředí, je vhodnější načasovat rozhovor na začátek dialýzy, anebo v den mezi dialýzami. U pacientů obou pohlaví může být zapotřebí lékařské vyšetření, aby se zjistily případné fyzické příčiny jejich problémů.

Řada pacientů bez ohledu na věk má pořád svá intimní přání. Zdravotníci se mohou domnívat, že staří lidé, vzhledem ke svému věku nemohou mít žádné sexuální problémy. Opak je někdy pravdou. Psychosociálních aspektů spojených s erektilní dysfunkcí je celá řada a mohou být vázány na změněný tělový obraz, pocity ztráty a viny, závislost na přístroji, hněv, obrácení rolí v rodině. Někteří pacienti mohou na diagnózu reagovat tím, že se postaví do role „nemocného“ a to také může vést ke změnám v sexuální oblasti.

Při potvrzení přítomnosti nějakého sexuálního problému je potřeba vědět ke komu má být pacient odeslán a jaké jsou k dispozici možnosti léčby. ( Dingwall, 2004, s.78-84 )



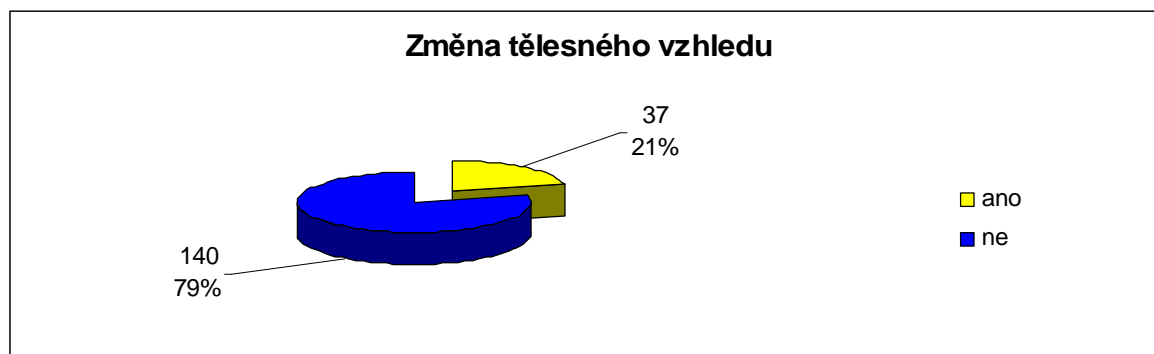
Při věkové skladbě našeho vzorku respondentů, kdy do 30 let jsou 3% a do 50 let 8%, problémy udalo 20% pacientů, se zřejmě intimní problémy týkají často pacientů také ve starších věkových skupinách.

Domnívám se, že tato oblast sexuálního zdraví a problémů dialyzovaných pacientů není zrovna probádána vzhledem ke své choulostivosti a mnoho pacientů by přivítalo taktní rozebrání svých problémů v intimním životě. Vyřešení by zajisté přispělo k jejich psychické pohodě a pohodě v partnerských vztazích.

### Otázka č.1.23

**Vadila mně změna tělesného vzhledu / fistule, kanyla /:**

Graf.č.1.23 Změna tělesného vzhledu



#### Komentář:

Z grafu č. 1.23 vyplývá, že 79% (140) respondentům nevadí jejich změna tělesného vzhledu a 21% (37) respondentů není spokojeno se svým vzhledem. 11 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Změněný tělesný vzhled většinou spíše vadí ženám. Je to samozřejmě pochopitelné. Pacienti oběho pohlaví mají leckdy pocit, že mají na těle stigma ve formě viditelného dialyzačního katetru či znatelným míst po vpiších dialyzačních jehel nebo zbytnění žíly, která vystupuje pod kůží. Mění často styl oblečení a nosí roláky, aby zakryli dialyzační kanylu, nebo dlouhé rukávy, aby nebyly vidět cévní zkratky. Mužům vadí dialyzační kanyly v holení a často si nelibě zvykají na svůj jiný výraz.

Arteriovenozní spojení „fistule“ svým zvýšeným průtokem krve tzv. „vrní“ a „bzučí“. Místo je citlivé a musí na ruku dávat pozor. Pacienti si stěžují, že je to někdy budí ze spánku, než si na to zvyknou. Je to pro ně změna nejen fyzická, ale má i symbolický význam – přechod mezi životem bez dialýzy a životem s dialýzou.

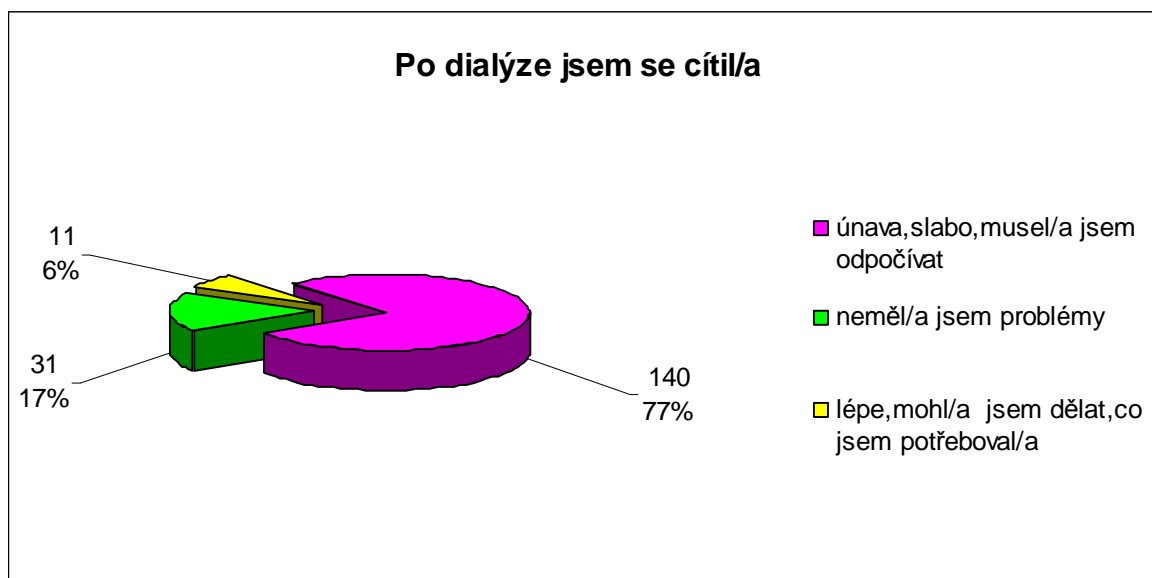
Právě jedním z vlivů, který může umocnit negativní vnímání chronické nemoci je změna tělesného schématu. Tělesnost a její změny jsou z důležitých tváří materiality nemoci.

Domnívám se, že na výsledku této odpovědi se podílí věková skladba respondentů, kdy někteří z nich používají již nějaké kompenzační pomůcky ( mohou mít již léta změněný tělesný obraz ) a další změna jim již tolik nevadí. Jsou většinou ve starobním důchodu a otázkou je jejich společenský život.

### Otázka č.1.24

#### Po dialýze jsem se cítil/a:

Graf č.1.24 Po dialýze jsem se cítil/a



#### Komentář:

Z grafu č.1.24 vyplývá, že 77% (140) respondentů pociťuje po dialýze únavu, 17% (31) nemá problémy po dialýze a 6% (11) se cítí lépe pro konání veškerých potřeb. 6 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Samotná dialyzační procedura a počáteční stres současně se zdravotním stavem na začátku léčby působí na pacienta. Věková skupina našich respondentů se pohybuje ve starší populaci. Únava je předpokládaným jevem. Výsledky mě nepřekvapily.

Ztráta energie, méně sil, únava, jsou jedny z nejčastěji udávaných fyzických stavů nemocných. 50% našich respondentů bylo ve věku starobního důchodu a 32% respondentů bylo při zařazení do léčby v invalidním důchodu ( kde již byly zajisté určité komplikace se zdravotním stavem ).

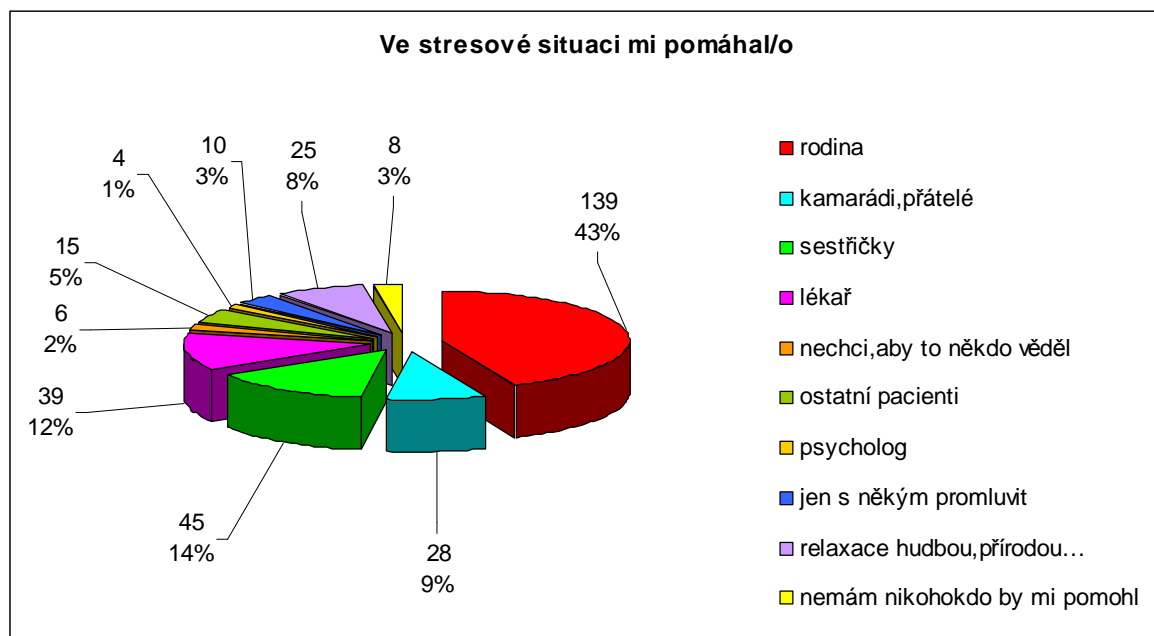
U 17% nebyly žádné problémy a 6% se dokonce cítilo lépe než před dialýzou. Podle výroku jedné pacientky „*konečně mi bylo líp, měla jsem plno energie*“.

Doporučuje se, aby byli pacienti zařazováni do dialyzačního léčení ještě v době, kdy jsou relativně při síle.

### Otázka č.1.25

#### Ve stresové situaci mi pomáhal/a/o:

Graf č.1.25 Ve stresové situaci mi pomáhal/o



#### Komentář:

Graf č.1.25 ukazuje, kde hledali respondenti pomoc ve stresové situaci. Bylo zaškrtnuto i více odpovědí, jsou seřazeny podle četnosti.

- rodina (43%)
- sestřičky (14%)
- lékaři (12%)
- kamarádi, přátelé (9%)
- relaxace hudbou, přírodou ... (8%)
- ostatní pacienti (5%)
- jen s někým promluvit (3%), nemám nikoho, kdo by mi pomohl (3%)
- nechci, aby to někdo věděl (2%)
- psycholog (1%)

Chronické ledvinné selhání a jeho léčení vystavuje nemocné mimořádně velké míře stresu. Jeho zvládnání stojí mnoho sil. Přesto, že vlastně každý se musí s nemocí poprat sám, je dobré mít v krizové situaci někoho, kdo je ochoten a schopen pomoci.

Nejčastěji se objevuje rodina, téměř polovina respondentů žije v manželství. Podle uvedené věkové skladby žijí respondenti pravděpodobně v partnerských vztazích již dlouhá léta.

Téměř shodně je uvedeno, že ve stresu pomáhají sestřičky a lékaři dialyzačních pracovišť (14% a 12%). Svědčí to o důvěře, kterou k nim pacienti mají a svěřují se jim. Nese to samozřejmě také velkou tíhu zodpovědnosti, kterou má ošetřující personál, současně s velkým psychickým zatížením.

Přátelé svědčí o tom, že pacienti nezůstávají v sociální izolaci, nejsou přerušeny dlouholeté vztahy a dále fungují.

Část pacientů se dokáže relaxovat hudbou, přírodou, sportem.

Kontakt na dialýze s ostatními pacienty, případně na některých střediscích prováděná setkání jsou pro některé velmi prospěšná. Z praxe vím, že někdo má svého oblíbeného spolupacienta, se kterým probírá své problémy.

3% v této otázce uvedly, že nemají, kdo by jim pomohl, 2 % nechtějí, aby to někdo věděl.

Potěšilo mě, že 4 pacienti (1%) hledali odbornou psychologickou pomoc. Dostupnost specializovaného psychologa není všude stejná.

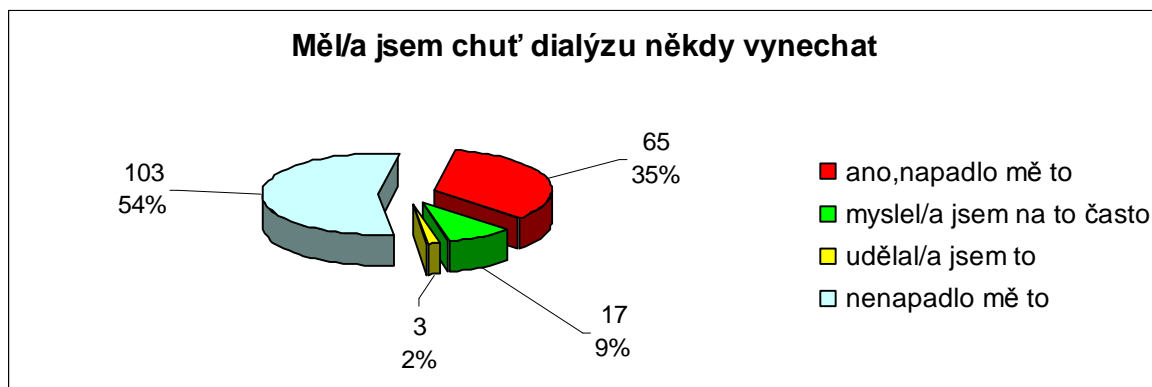
Výsledek otázky mě potěšil, protože 95% odpovědí svědčí o tom, že si pacienti dokáží najít „ventil“ pro své stresy a účinně se tím brání jeho narůstání.

Na konci chci dodat, že je pro nás zdravotníky určitě velmi příjemné, že nám pacienti důvěřují a opírají se o nás ve vypjatých situacích, i když dohromady s pracovní zátěží je to náročné. Ale na druhou stranu, jsou pacienti mnoho času mimo dialýzu a tam nemají komu se svěřit? Nebo se nechtějí svěřit, aby jim nepůsobili velké trápení? Tam mimo dialýzu se snaží žít normálně a na dialýze to na ně „dopadne“?

### Otázka č. 1.26

#### Měl/a jsem chuť dialýzu někdy vynechat:

Graf č.1.26 Měl/a jsem chuť dialýzu někdy vynechat



#### Komentář:

Z grafu č.1.26 vyplývá, že 54% (103) respondentů nenapadlo dialýzu vynechat, zatímco 35% (65) respondentů to napadlo, 9% (17) na to mysleli často a 2% (3) dialýzu vynechali.

Prakticky polovina respondentů přemýšlela o možnosti vynechání a dokonce 3 pacienti se na plánovaný výkon nedostavili.

Pravidelná docházka, závislost na přístroji, mnoho zákazů a příkazů, komplikace na dialýze mohou někdy vést k tomu, že je pokušení na proceduru nejít. Odráží se to také v otázce na obavy respondentů. Uvádějí současně s výše uvedenými omezeními časovou ztrátu, kterou by jinak věnovali své rodině a obecně ztracený čas.

U mladších ročníků se někdy může objevit obrovský problém přizpůsobení se autoritám. Všechno přikazování je pro ně omezováním jejich nezávislosti a ta pro ně znamená daleko více než ohrožení jejich zdravotního stavu.

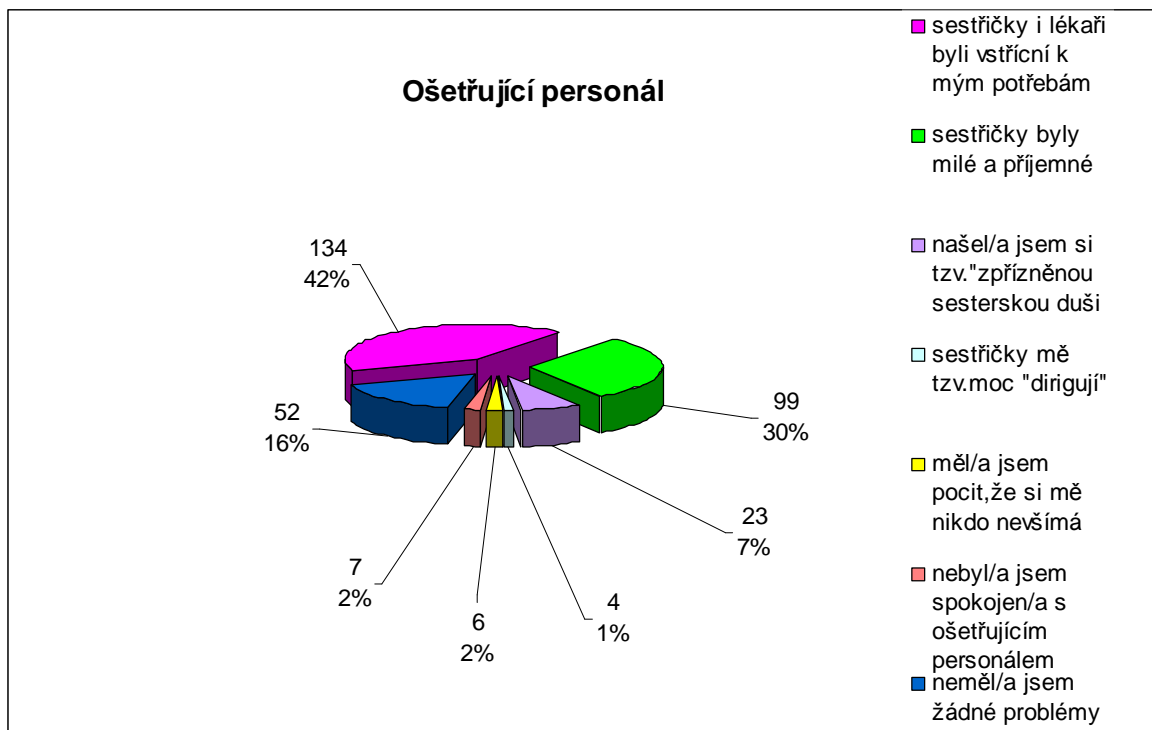
Jelikož věkově naši respondenti jsou spíše starší a nejvíce obav uvedli z komplikací na dialýze, domnívám se, že toto mohlo být podnětem k myšlence vynechání dialýzy. Na dalším místě by mohla k tomu vést i další nejčastější obava ze ztráty času pro svou rodinu.

Nechuť vynechat dialýzu uváděli respondenti ve všech věkových kategoriích. Něco jiného je chuť a něco jiného to udělat. Zda si všichni uvědomují, že by to mohlo ohrozit jejich život.

### Otázka č. 1.27

#### Ošetřující personál:

Graf č. 1.27 Ošetřující personál



#### Komentář:

Z grafu č. 1.27 vyplývá, jak byl vnímán postoj personálu pacientem na začátku jeho dialyzační léčby. Byla zaškrtnuta jedna nebo několik odpovědí.

Ve 42% ze všech odpovědí uvádějí pacienti, že ošetřující personál byl vstřícný k jejich potřebám. Ve 30% byly sestřičky milé a příjemné, v 16% nebyly žádné problémy, v 7% si našli pacienti svou zpřízněnou duši, po 2% byla uvedena nespokojenost a pocit, že nikdo pacienta nevšímal. V 1% odpovědí uvedli pacienti, že sestřičky je moc dirigovaly.

Obecně člověk dá na první dojem a první postoj druhého člověka, se kterým se setká. Pacienti přicházející na dialýzu leckdy vyjádří přání ohledně časových potřeb (svých pracovních aktivit, koníčků, zažitých rodinných rituálů), fyzických potřeb (ponocování, ranní vstávání). Je snaha, pokud možno opravdu vyjít vstříc potřebám pacientů. Snažíme se podporovat pacienty v provádění aktivit (jedná se hlavně o časové přizpůsobení), které dělali před započetím léčby. Myslím, že to má velký smysl pro jejich sebehodnocení.

Přístup personálu má být chápavý a tolerantní, hlavní je pozitivní postoj k nemocnému. Vytváří to příjemnou atmosféru pro jinak stresovaného pacienta.

Pacienti si někdy najdou v personálu „svého člověka“, se kterým se jim lépe hovoří a komu důvěřují. Svěří mu leckdy i závažné problémy, které tají ve svém nitru. Většinou jsou to osoby z řad sesterského personálu. Má to svá úskalí, že mohou být nervozní, pokud neslouží zrovna ta „jejich“ sestřička.

Část pacientů která neměla žádné problémy, se domnívám, že má zabezpečeny své potřeby tak, že nepociťovala žádný diskomfort stran jednání personálu.

Ve 2% byla nespokojenost a pocit nevšímanosti a v 1% stesk na velké dirigování. Očekávala jsem i tyto pocity pacientů a jsem ráda, že se objevily v tak malém počtu odpovědí.



## Diskuze

Hodnocená empirická část vychází z dotazníkového šetření. Získaná data byla uspořádána do grafů, ze kterých byly vyjádřeny požadované výsledky. Nejprve byly zjišťovány demografické údaje o respondentech. Výzkumu se zúčastnilo 80 žen a 108 mužů. Věkové rozmezí pacientů se pohybovalo od 24 do 90 let. Největší zastoupení pacientů bylo ve skupině mezi 66 – 80 lety. Poměrně velké je i zastoupení velmi starých seniorů nad 81 let (viz graf.č.1.2). Nejvíce pacientů žije v manželství, doma. Nejčastěji mají dvě děti. Vzdělání je nejčastěji učňovské a téměř shodně středoškolské. Při zahájení léčby bylo 50% pacientů ve starobním důchodu a 32% pacientů v invalidním důchodu. Do nefrologické poradny docházelo 126 (67%) pacientů a 14 z toho uvedlo současně i jinou poradnu, z toho pouze 7 uvedlo diabetologickou poradnu. Na délku docházky nebyly zodpovězeny všechny odpovědi. Uvedeno bylo rozmezí 2 týdny až 35 let. V uvedených datech bylo nejčastější rozmezí 1 – 10 let. 40% pacientů uvedlo, že jejich onemocnění vyvstalo náhle. Nejvíce, 26% pacientů, vstup do dialyzační léčby očekávalo, ve 24% to byl šok. Zajímavé je, že v 16% se pacienti domnívali, že je to pouze dočasné řešení.

Na otázku č.1.13 I a č.1.13 II neodpověděli všichni pacienti. Nicméně z uvedených dat vyplývá že 86% pacientů bylo plně informováno a 92 % bylo informováno lékařem. 8% bylo informováno o svém zdravotním stavu sestrou nebo někým jiným.

V otázce č.1.14, 1.15, a 1.16 se zabývá informovaností pacientů o režimech a nařízeních. Nejvíce pacientů uvádí, že bylo edukováno při zahájení léčby na dialýze. 75% se domnívá, že dostalo potřebné informace a 94% preferuje ústní podání informací. Na některých střediscích provádějí skupinová setkání s edukacemi a pacienty je toto bráno velmi pozitivně, jak uvádějí. Je nutné kontrolovat, zda byly informace pochopeny a zažity.

V otázce č. 1.17 měli největší strach z několika hodin upoutání na lůžko či křeslo. A dále, z toho, že jim bude špatně a z bolesti při napichování fistule.

V otázce č. 1.18, č. 1.19 polovina pacientů úzkost pociťuje a polovina ne. Nejčastěji je úzkost kdykoliv nepravidelně a večer před dialýzou. Téměř třetina pacientů nemá poruchy spánku. A z uvedených problémů je nejvíce problémů s usínáním.

V otázce č. 1.20 nejvíce je pociťována únava, dále beznaděj, smutek. Nejčastěji byla uvedena kombinace pocitů únava a úleva.

Otázka č. 1.21. 60% pacientů nenapadly myšlenky na smrt, 8% na ni myslelo často, ostatní někdy.

V otázce č. 1.22 měli pacienti nejčastější obavy z komplikací během dialýzy, že ztratí čas, který by mohli věnovat rodině a trápila je závislost na přístroji.

Otázka č. 1.23, 1.24. Problémy v intimním životě uvedlo 20% pacientů. Změna tělesného vzhledu vadila 21% pacientů.

V otázce 1. 25 77% pacientů bylo po dialýze unavených a museli doma odpočívat. V 6% se cítili lépe, plni energie.

Z otázky č.1.26 vyplývá, že ve stresové situaci nejčastěji pacientům pomáhá rodina. Dále jsou téměř shodně uvedeni sestřičky a lékaři (14% a 12%), potom také skoro shodně přátelé a relaxace (9% a 8%). 4 pacienti vyhledali psychologickou odbornou pomoc.

V otázce č. 1.27 prakticky polovina pacientů nepřemýšlela o vynechání dialýzy a polovina ano. Kladné odpovědi se objevily ve všech věkových skupinách. Je zajímavé, že na smrt nemyslela většina pacientů, ale na vynechání dialýzy jich prakticky polovina pomyslela. Možná je to jen nejtít někam, nechce se mi tam, omezuje mě to.

V otázce č. 1.28 vnímala většina pacientů postoj ošetřujícího personálu velmi kladně. Ve 3% pacientů byla uvedena nevšímavost a dirigování.

Ve velké míře šetření splnilo mé očekávání a někde překvapilo.

## Závěr

Život pacientů závislých na dialýze má řadu úskalí, vlivem choroby i léčby se u nemocných objevuje celá řada subjektivních potíží a v důsledku somatického zhoršení dochází i k úpadku ve sféře sociální. Hemodialyzovaní pacienti jsou časově i prostorově vázáni na „umělou ledvinu“. Nemocní trpí úbytkem mezilidských vztahů a stávají se závislými na rodině a zdravotnickém personálu. Trvá leckdy různě dlouhou dobu, než se pacient s léčbou a se všemi omezeními, které k ní patří vyrovná. Někdy k tomu ani nedojde.

Nemocný se dostal na rozcestí a je informován, že další cesta životem je možná pouze s přístrojem, „umělou ledvinou“. Má-li být život s umělou ledvinou možný a kultivovaný, je nezbytné, aby nemocný, přístroj i zdravotní personál byli ve vyváženém stavu. Není vším jen dobře oddialyzovat. Je to bráno jako samozřejmost, za kterou odpovídají profesionálové, jako předpoklad další fyzické existence pacienta.

Pacienti léčení dialýzou představují skupinu, která zasluhuje zvláštní pozornost s psychologického hlediska. Psychologická vyšetření a studie by mohly poznat a ozřejmit některé specifické rysy osobností a přispět k vysvětlení problémů některých pacientů.

Život dialyzovaných pacientů lze zlepšit pomocí psychické a lidské pomoci, i když stav života s umělou ledvinou je kompromisem mezi tím, co bychom si přáli, a mezi tím, co skutečně můžeme. Psychologická péče může ukázat pacientům jejich situaci z různých úhlů, může být nápomocna v procesu hledání nového smyslu a stylu života. Převést pacienta přes psychická úskalí a dopomoci se smířit s nezměnitelným, pomoci naučit se žít s chorobou v různých fázích jejího vývoje, dát životu lidskou důstojnost a vrátit pacientům psychickou pohodu.

K psychologickým prostředkům patří především slovo, naslouchání, mlčení, navázání emočních vztahů, pozitivní zájem, porozumění a pozornost ze strany personálu. Usnadňuje to pacientům lepší a rychlejší přijetí nové, nelehké role a zvládání situací, které jim léčba přináší.

## **Anotace**

**Autor:** Monika Kubíčková  
**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství  
**Název práce:** Pocity pacientů zařazených do dialyzačního léčení  
**Vedoucí práce:** PhDr. Mariana Bažantová  
**Počet stran:** 76  
**Počet příloh:** 1  
**Rok obhajoby:** 2008  
**Klíčová slova:** onemocnění ledvin, hemodialýza, chronická nemoc, psychické aspekty  
začátku dialyzační léčby

Tato bakalářská práce je zaměřena na posouzení psychické míry zátěže u pacientů zařazených do dialyzačního léčení.

Teoretická část obsahuje údaje z oblasti týkající se ledvin a hemodialyzační léčby, vlivu chronické nemoci na pacienta a její specifické aspekty v dialyzační léčbě.

Empirická část obsahuje dotazníkové šetření u hemodialyzovaných pacientů v pěti dialyzačních střediscích.

The bachelor work was done to assess the level of psychological stress with patients on dialysis treatment. The theoretical part contains data from the field of kidney and hemodialysis treatment and the influence of chronic diseases on patients and its specific aspects for dialysis. The empirical part contains a survey of hemodialysis patients done in dialysis centers.

## Seznam literatury

1. DINGWALL, R., *Pro lepší porozumění. Příručka pro psychosociální práci.*  
Vypracováno jako projekt sekce sociálních pracovníků EDTNA/ERCA 2001-2002,  
ISBN 80-7013-406-2
2. HAŠKOVCOVÁ, H., *Spoutaný život*, 1. vyd.. Praha, Panorama 1985. 362 s.
3. HONZÁK, R., et al., *Úzkostný pacient*, Praha, Galén 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2
4. JOBÁNKOVÁ, M., a kolektiv autorů., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, 3.nezměněné vydání Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 225 s. ISBN 80-7013-390-2
5. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 1. vydání Praha, Grada Publishing 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
6. KÜBLER-ROSS, E., M.D., *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Etický manuál pro mediky, lékaře a sestry. Přeloženo z anglického originálu ( Questions and Answers on Death and Dying - ISBN 0-02-089150-4 pbk. ), Tvorba s.r.o., Praha 1995 pro EM Reflex, 288 s.
7. LACHMANOVÁ, J., *Očistovací metody krve*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-749-4
8. <http://www.ledviny.cz/hd.html> - navštíveno 23.4.2008
9. MASTILIAKOVÁ, D., PhDr., Ph.D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1. vydání  
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
10. SCHŮCK, O., a kolektiv autorů., *Nefrologie pro sestry*, 1. vydání Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994, 213 s. ISBN 80-7013-165-9
11. SULKOVÁ, S., a kolektiv., *Hemodialýza*, MAXDORF 2000, 693 s. ISBN 80-85912-22-8
12. TEPLAN, V., *Praktická nefrologie*, 1. vydání Praha, Grada Publishing 1998, 274 s. ISBN 80-7169-474-6
13. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, 3. aktualizované vydání Praha, Portál 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X

14. WAELEGHEM, J.P. and EDWARDS, P., *Evropské normy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi*. Vydala: EDTNA/ERCA, 1994. ISBN 92-9140-000-9
15. ZNOJOVÁ, M., *Deprese u dialyzovaných pacientů. Stěžejň*. Společnost dialyzovaných a transplantovaných. ISSN: 1210-0153. 2007 roč.18 č.3, s.14

## Seznam grafů

Graf č.1.1 Struktura pacientů podle pohlaví

Graf č.1.2 Struktura složení pacientů dle věku

Graf č. 1.3 Sociální rozvrstvení

Graf č.1.4 Rozdělení podle počtu dětí

Graf č.1.5 Dosažené vzdělání respondentů

Graf č.1.6 Pracovní stav při zahájení léčby

Graf č.1.7 Bydliště

Graf č.1.8 Rozdělení podle společného soužití

Graf č.1.9 Docházka do nefrologické poradny

Graf č.1.10 Náhlost onemocnění

Graf č.1.11 Reakce na sdělení nutnosti léčby

Graf č.1.12.1 Informovanost o zdravotním stavu I

Graf č.1.12.2 Informovanost o zdravotním stavu II

Graf č.1.13 Informace o režimu na HD jsem dostal/a:

Graf č.1.14 Myslím, že jsem dostal/a veškeré potřebné informace

Graf č.1.15 Způsob podání informací

Graf č.1.16 Měl/a jsem strach z:

Graf č.1.17 Stavy úzkosti

Graf č.1.18 Problémy se spánkem

Graf č.1.19 Pocity

Graf č.1.20 Napadly mě někdy myšlenky na smrt

Graf č.1.21 Obavy

Graf č.1.22 Problémy v intimním životě

Graf č.1.23 Změna tělesného vzhledu

Graf č.1.24 Po dialýze jsem se cítil/a:

Graf č.1.25 Ve strasové situaci mi pomáhal/o:

Graf č.1.26 Měl/a jsem chuť dialýzu někdy vynechat

Graf č.1.27 Ošetřující personál

## **Přílohy**

### **Seznam příloh :**

#### **Příloha č. 1 Text dotazníku**



**Dotazník pocitů a potřeb pacientů při zahájení dialyzační léčby**

Vzpomeňte si prosím na Vaše období vstupu na dialyzační léčení a na první 3 měsíce. Chci Vás požádat, abyste nám sdělil/a, jak jste se v tomto období celkově cítil/a a jak jste ho prožíval/a.

Přečtete si prosím a odpovězte na následující otázky.

Vaše anonymní odpovědi mohou pomoci personálu, aby Vám lépe porozuměl a mohl Vám poskytnout co nejvyšší péči.

Prosím, zatrhněte zvolenou odpověď, případně i více odpovědí.

**1. Pohlaví:**                      **muž**                                      **žena**

**2. Věk:.....**

**3. Rodinný stav:.....**

**4. Počet dětí:.....**

**5. Nejvyšší dosažené vzdělání:.....**

**6. Stav při zahájení léčby:**

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| a) zaměstnan/a                   | d) starobní důchodce            |
| b) invalidní důchodce            | e) zaměstnaný starobní důchodce |
| c) zaměstnaný invalidní důchodce | f) studující                    |

**7. Bydliště:**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a) doma                           | c) v penzionu / domově důchodců   |
| b) v domě s pečovatelskou službou | d) v léčebně dlouhodobě nemocných |

**8. Žijí:**

- a) sám/a
- b) s rodinou
- c) společně s rodinou dětí
- d) odděleně u rodiny dětí / společný dům /

**9. Docházel/a jste do nefrologické poradny?:**

- a) ano                                      jak dlouho: .....
- b) ne
- c) léčil/a jsem se i v jiné poradně      jaké:.....jak dlouho:.....

**10. Onemocnění ledvin se objevilo náhle:**

- a) ano
- b) s jiným závažným nebo chronickým onemocněním      při hospitalizaci:      ano  
ne

- c) po jiném krátkodobém onemocnění
- d) ne
- e) jsem po TPL, vrátil/a jsem se zpět na dialyzační léčbu

**11. Když jsem se dozvěděl/a, že musím chodit na dialýzu:**

- a) nechtěl/a jsem tomu věřit
- b) byl to šok
- c) měl/a jsem zlost na koho, na co:.....
- d) očekával/a jsem to
- e) čekal/a jsem zlepšení zdravotního stavu
- f) nevadilo mi to
- g) mysle/a jsem, že to jen dočasné řešení

**12. Byl jsem plně informován o svém zdravotním stavu:**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) lékařem
- e) sestrou
- f) někým jiným .....

**13. Informace o režimu na HD, dietním omezení, pitném režimu / edukace / jsem dostal/a:**

- a) na ambulanci před zahájením léčby
- b) na dialýze při zahájení léčby
- c) chtěl/a jsem se ptát sám/a na to co mě zajímá
- d) nedostal/a jsem informace
- e) nechtěl/a jsem nic slyšet

**14. Myslím, že jsem dostal veškeré potřebné informace:**

- a) ano
- b) bylo toho moc najednou
- c) nerozuměl/a jsem tomu
- d) chtěl/a bych vše zopakovat
- e) ne
- f) nevím

**15. Vyhovovalo mi podání:**

- a) ústně
- b) letáčky, brožury
- c) kombinované

**16. Měl/a jsem strach z: / lze zaškrtnout i více odpovědí /**

- a) bolesti při napichování fistule
- b) přístroje
- c) toho, že mi bude špatně
- d) pohledu na krev
- e) z kontaktu a pohledu na ostatní nemocné na dialýze
- f) těch několika hodin upoutání na křesle či na lůžku
- g) ošetřujícího personálu
- h) něčeho jiného:.....
- i) neměl/a jsem strach

**17. Prožíval/a jsem stavy úzkosti:**

- a) večer před dialýzou
- b) při cestě na dialýzu
- c) po celou dobu napojení na dialýzu
- d) nemohu se jí vůbec zbavit
- e) někdy se tyto stavy objevovaly nepravidelně kdykoliv
- f) neměl/a jsem pocity úzkosti

**18. Měl/a jste nějaké potíže se spánkem?:**

- a) ne
- b) ano: - problémy s usínáním - neklidný spánek  
- časté buzení - usínání ve dne

**19. Pociťoval/a jsem : / lze zaškrtnout i více odpovědí /**

- a) smutek
- b) beznaděj
- c) osamělost
- d) jsem bezmocný/á
- e) chtělo se mi plakat, plakal/a jsem
- f) únavu
- g) vztek
- h) hněv
- i) neměl/a jsem zvláštní pocity
- j) úlevu
- k) jiný pocit.....

**20. Napadly mě myšlenky na smrt:**

- a) někdy
- b) často
- c) ne

**21. Trápily mě obavy z:/ lze zaškrtnout i více odpovědí /**

- a) ztráta nebo omezení v zaměstnání
- b) finanční zabezpečení rodiny
- c) nemohu se věnovat rodině tak jak chci / únava, mnoho času na dialýze /
- d) závislost na dialyzačním přístroji
- e) dodržování různých nařízení a zákazů/ dietní režim, pitný režim, docházka...atd./
- f) jsem závislý na své rodině, zdravotnících, nejsem soběstačný
- g) jsem najednou invalidní důchodce
- h) doba strávená dialýzou je pro mě časová ztráta
- i) obavy ze ztráty močení
- j) nepříjemné komplikace při dialýze / bolest, křeče, nevolnost, svědivka, hypotenze...a jiné/
- k) jiné obavy

**22. Měl/a jsem problémy v intimním životě:**

- a) ano
- b) ne

**23. Vadila mně změna tělesného vzhledu / fistule, kanyla /:**

- a) ano
- b) ne

**24. Po dialýze jsem se cítil/a:**

- a) únava, slabo, musela jsem doma odpočívat
- b) neměl/a jsem problémy
- c) lépe, mohl/a jsem dělat, co jsem potřeboval/a

**25. Ve stresové situaci mi pomáhal/a/o:**

- a) rodina / manžel/ka, děti, druh/žka, rodiče .../
- b) kamarádi, přátelé
- c) sestřičky
- d) lékař
- e) soused/ka
- f) ostatní pacient/i
- g) psycholog
- h) jen s někým promluvit
- i) relaxace hudbou, přírodou, sportem
- jinak:.....
- j) nemám nikoho, kdo by mi pomohl
- k) nechci, aby to někdo věděl

**26. Měl/a jsem chuť dialýzu někdy vynechat:**

- a) ano, napadlo mě to
- b) myslel/a jsem na to často
- c) udělal/a jsem to
- d) nenapadlo mě to

**27. Ošetřující personál:**

- a) sestřičky i lékaři byli vstřícní mým potřebám / rozvrh dialýz ...atd./
- b) sestřičky byly milé a příjemné
- c) našel/a jsem si tzv. „zpřízněnou sesterskou duši“
- d) sestřičky mě moc tzv. „dirigují“
- e) měl/a jsem pocit, že si mě nikdo nevšímá
- f) nebyl/a jsem spokojen/a s ošetřujícím personálem
- g) neměl/a jsem žádné problémy

Velmi Vám děkuji za vyplnění dotazníku

Monika Kubíčková  
studentka IV.ročníku  
bakalářského studia  
ošetřovatelství  
na LF UK v HK